

KATHOLIEKE UNIVERSITEIT TE LEUVEN
Faculteit der Sociale Wetenschappen
Departement Sociologie

**ZIEKTE- EN GEZONDHEIDSGEDRAG :
DE ONTWIKKELING VAN
DE SOCIOLOGISCHE THEORIEVORMING
EN VAN HET SOCIOLOGISCH ONDERZOEK**

Promotor :
Professor Dr. Y. NUYENS

Proefschrift aangeboden tot het
verkrijgen van de graad van
doctor in de Sociale Wetenschappen
door

Marleen FOETS

Leuven 1985

Everytime you think you've got it made
Seems you're only lying in the shade
Everytime you think you're near the end
You turn around and find another ticket.

Eric Clapton - 1980

DANKWOORD

Het idee om dit proefschrift te schrijven is gegroeid in de periode dat ik als wetenschappelijk medewerker op de Afdeling Medische Sociologie (Katholieke Universiteit Leuven) participeerde aan het Nationaal Onderzoeksprogramma Sociale Wetenschappen.

In de eerste plaats bedank ik Professor Dr. Yvo Nuyens, hoofd van deze afdeling en promotor van het project Eerstelijnsgezondheidszorg, onderdeel van voorgenoemd onderzoeksprogramma. Zonder zijn wetenschappelijke en coördinerende capaciteiten was dit project nooit tot een goed einde gebracht. Als promotor van mijn proefschrift, dat voortbouwt op dit onderzoeksproject, bedank ik hem voor de tijd die hij investeerde om mijn manuscripten van waardevolle commentaar te voorzien.

Een bijzonder woord van dank ben ik verschuldigd aan Professor Dr. Jan Vanhoutvinck, medepromotor van voorgenoemd onderzoeksproject en lid van examencommissie. Van bij de eerste stappen in mijn wetenschappelijke carrière heeft hij me aangemoedigd en is hij degene geweest die de methodologische aspecten bewaakte. Ik hoop dat de meer theoretisch-inhoudelijke weg die ik in mijn proefschrift ben ingeslagen, hem toch niet zal teleurstellen.

Ook de andere leden van de examencommissie, de Professoren Dr. W. Dumon, Dr. H. Philipsen en Dr. K. Vuylsteek bedank ik voor het kritisch lezen van mijn werk.

Bij het afronden van mijn proefschrift gaan mijn gedachten ook naar de vele collega's uit Zuid en Noord die op één of andere manier hebben bijgedragen tot dit resultaat. Hun aantal is te groot om ze hier allemaal te vermelden. Toch wil ik uitdrukkelijk hen bedanken waarmee ik me op collegiaal en/of vriendschappelijk vlak verbonden voel.

In mijn Leuvense periode waren dat vooral Mieke Briels, Lieve Janssens, Fons Laporte, Rita Schepers, Johan Vanhecke en Lilliane Versluys. In een tijd waar - althans in België - promoveren ongeveer kan gelijkgeschakeld worden met overkwalificeren, waren zij het die me ertoe aangemoedigd hebben om het tóch te doen.

De kansen die ik in Nederland kreeg maakten dat deze laatste vrees ongegrond bleek te zijn. Daarom betrek ik de Studierichting Algemene Gezondheidszorg (Erasmus Universiteit Rotterdam) in mijn dankwoord, waar me de gelegenheid werd geboden om het proefschrift af te ronden. Dankzij mijn collega's kreeg ik er de - zeker voor een socioloog - niet te versmaden kansen om me in te werken in een nieuw land, een nieuwe cultuur en een andere gezondheidszorg. Van harte bedank ik met name hen die me hier in de loop van twee jaar steeds meer thuis hebben doen voelen: Bert Hermans, Gaspard de Jong,

Gerrit Koopmans en Lettie Van Atteveld.

Ook gaat mijn dank naar het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, en in het bijzonder naar Jouke van der Zee, voor het vertrouwen dat blijkt uit de kansen die ik krijg om mijn Leuvense onderzoekservaring voort te zetten.

Mevrouw Mommens ben ik zeer erkentelijk voor de goede zorgen die ze besteedde aan het typewerk en de vormgeving van dit boek.
Dr. F. Delmartino bedank ik voor de behulpzame en vriendelijke wijze waarop hij me door de administratieve rompslomp heeft geloodst.

Last but not least bedank ik degenen die in de voorbije toch niet gemakkelijke jaren echte vrienden gebleken zijn: An, Andrea, Annemie, Frans, Cecile, Roland, Jacques, Lieve, Lucia, Marleen, Herman, Paul en Dorrit.

Utrecht, 2 september 1985.

I N H O U D S O P G A V E .

ALGEMENE INLEIDING	1
Paragraaf 1. De sociologische belangstelling voor ziekte en gezondheid: een historische schets	4
A. De evolutie van het morbiditeitsprofiel	4
B. Ziekte, gezondheid en sociale factoren: groeiende interesse vanuit medische hoek	7
C. Ziekte, gezondheid en sociale factoren: groeiende interesse vanuit de sociologie	11
Paragraaf 2. Een eerste terreinverkenning	14
A. Ziekte en gezondheid	15
B. Ziekte- en gezondheidsgedrag	16
Slot	19
 DEEL 1. ZIEKTE- EN GEZONDHEIDSGEDRAG VANUIT VERSCHILLENDE THEORETISCHE PERSPECTIEVEN	 25
INLEIDING	25
Hoofdstuk 1. Functionele benaderingswijze en systeemtheorie	31
Inleiding	32
Paragraaf 1. Functionele analyse	35
Inleiding	35
A. Parsons : een inleiding	38
B. Parsons' conceptualisering van gezondheid, ziekte en zieke-rol	48
C. Parsons en zijn critici	59
Paragraaf 2. De algemene systeemtheorie	69
A. De algemene systeemtheorie: een inleiding	69
B. Een toepassing: ziekte- en gezondheidszorg	72
Samenvatting en besluiten	76

Hoofdstuk 2. Symbolisch interactionisme en fenomenologische sociologie	
Inleiding	82
Paragraaf 1. Symbolisch interactionisme en fenomenologische sociologie	84
A. Symbolisch interactionisme	84
B. Fenomenologische sociologie	91
Paragraaf 2. Toepassingen	98
Inleiding	98
A. Robinson: The process of becoming ill	99
B. Freidson: Profession of medicine	101
C. Dingwall: Aspects of illness	112

DEEL 2. ZIEKTE- EN GEZONDHEIDSZORG: INVLOED VAN ANDERE WETENSCHAPPELIJKE DISCIPLINES EN VAN BELEIDSVRAGEN

INLEIDING	121
Hoofdstuk 1. De jaren '50 en '60	123
Inleiding	127
Paragraaf 1. Enkele belangrijke voorgangers	128
Inleiding	130
A. Medische consumptie en financiële barrières	130
B. Medische consumptie en socio-demografische factoren	131
C. Medische consumptie en socio-cultureel milieu	131
D. Medische consumptie als een proces	133
Paragraaf 2. De traditie van de nationale gezondheidssurveys in de V.S.	134
Paragraaf 3. Het sociaal-psychologisch onderzoek	137
Inleiding	137
A. Motivatie- en perceptieonderzoek (Health Belief Model - Mechanic)	138

-III-

B. Medische kennis	148
C. Aliënatie	149
Besluit	150
Paragraaf 4. De socio-culturele benadering	153
Inleiding	153
A. Zola e.a.	153
B. Suchman	157
Paragraaf 5. Fasen in het ziekteproces	159
Besluit	163
Hoofdstuk 2. Van de jaren '70 tot nu.	167
Inleiding	168
Paragraaf 1. De socio-culturele benaderingswijze	170
Paragraaf 2. De sociaal-psychologische benadering	177
Paragraaf 3. De sociaal-economische benadering	181
Paragraaf 4. Een voorlopige balans en nieuwe ontwikkelingen	186
Paragraaf 5. Via sociale netwerken naar een verbreding van het studieterrein	193
A. Mc.Kinlay: de relatie tussen sociale netwerken en ziekte- en gezondheidsgedrag	193
B. Kritiek op de professionele hulpverlening	196
Besluit	202

DEEL 3. ZIEKTE-ENGEZONDHEIDSGEDRAG IN HET NATIONAAL PROJECT EERSTELIJNS GEZONDHEIDSZORG	205
INLEIDING	207
Hoofdstuk 1. Een poging tot synthese	209
Inleiding	210
Paragraaf 1. Van eenvoudige naar ingewikkelde verklaringsmodellen	212
A. Situatieschets	212
B. Bepalende factoren	217

Paragraaf 2. Van medische consumptie naar andere vormen van ziekte- en gezondheids- gedrag	223
A. Situatieschets	223
B. Bepalende factoren	227
 Hoofdstuk 2. Het nationaal onderzoeksprogramma eerstelijs gezondheidszorg	233
Inleiding	234
Paragraaf 1. Het nationaal project eerstelijs- gezondheidszorg: doelstellingen en methode	235
A. Achtergronden en doelstellingen	235
B. Methode	237
Paragraaf 2. Het nationaal project eerstelijs- gezondheidszorg: inhoudelijke karakterise- ring	241
A. De invloed van het gangbare wetenschappe- lijk onderzoek	244
B. Het nationaal project eerstelijsge- zondheidszorg: een voorloper ?	247
Conclusie	252
 Hoofdstuk 3. Een verdere beschrijving en exploratie	253
Inleiding	254
Paragraaf 1. Een beschrijving van ziektegedrag	256
A. Verschillende gedragssalternatieven	256
B. Ziektegedrag als een proces	259
Paragraaf 2. Ziektegedrag en de variabelen uit het hypotetisch verklaringsschema	265
Inleiding	265
A. Ziektegedrag en sociodemografische va- riabelen	269
B. Ziektegedrag en mogelijksfactoren	271
C. Ziektegedrag en arbeidsomstandigheden	272
D. Ziektegedrag en netwerken	273
E. Ziektegedrag en woonomstandigheden	274
F. Ziektegedrag en geneigheidsfactoren	276
G. Ziektegedrag en ziekte- en consumptie- geschiedenis	278

H. Ziektegedrag en ernstige morbiditeit	279
I. Ziektegedrag en gepercipieerde morbiditeit	280
Besluiten	281
Besluit	285
 SAMENVATTING EN CONCLUSIES	 289
 LITERATUUR	 317
 BIJLAGEN	 334
 CURRICULUM VITAE	 339

ALGEMENE INLEIDING

Dit proefschrift handelt over de wijze waarop mensen met ziekte en gezondheid omgaan. Ziekte en gezondheid kunnen beschouwd worden als de kernstukken van het medisch sociologisch bezigzijn. Het zijn universele en fundamentele menselijke verschijnselen, alhoewel de inhoud en de afgrenzing ervan verschillend kunnen zijn. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat ook de sociologie zich met gezondheid, ziekte en het omgaan met deze essentiële ervaringen is gaan bezighouden (1).

In paragraaf 1 van deze inleiding wordt geschetst hoe de sociologische belangstelling voor ziekte en gezondheid gegroeid is. Hieruit zal blijken dat de relatie tussen sociale factoren en ziekte en gezondheid eerst door medici werd bestudeerd. Pas na de tweede wereldoorlog was de tijd rijp om ook de sociologische belangstelling voor ziekte en gezondheid tot ontwikkeling te brengen.

In paragraaf 2 volgt een conceptuele afbakening van dit omvangrijke studieterrein. Er wordt een inhoudelijke introductie geboden op het terrein waarop dit proefschrift betrekking heeft. Daaruit zal blijken dat het sociologisch onderzoek terzake zich in twee richtingen heeft ontwikkeld. De eerste richting heeft zijn belangstelling toegespitst op de relatie tussen sociale factoren en het ontstaan en de spreiding van ziektes. Een tweede richting - en daartoe zal dit proefschrift zich beperken - bestudeert het ziekte- en gezondheidsgedrag.

In het slot wordt, na een korte samenvatting van het voorgaande, de opzet van dit proefschrift verder verduidelijkt.

(1) R. PEETERS & M. FOETS, "Ziekte, gezondheid en gezondheidspectief", in: Y. NUYENS (ed.), Sociologie en Gezondheidszorg 1, Antwerpen, 1982, p. 65.

PARAGRAAF 1. DE SOCIOLOGISCHE BELANGSTELLING VOOR ZIEKTE
EN GEZONDHEID: EEN HISTORISCHE SCHETS.

Deze paragraaf biedt een schets van de wijze waarop de sociologische belangstelling voor de fenomenen 'ziekte' en 'gezondheid' gegroeid is en hoe die interesse geleidelijk aan meer gestalte heeft gekregen. Deze opzet zal gerealiseerd worden in drie stappen.

Als uitgangspunt zal een evolutie geschetst worden van het morbiditeitsprofiel (A). Met deze achtergrond wordt vervolgens toegelicht hoe de interesse voor sociale factoren in relatie tot ziekte en gezondheid in de eerste plaats tot stand is gekomen vanuit medische hoek (B). Tenslotte wordt aandacht besteed aan de factoren die de belangstelling van sociologen hebben gewekt voor ziekte en gezondheid (C) (1).

A. DE EVOLUTIE VAN HET MORBIDITEITSPROFIEL (2).

Sinds de eeuwwisseling kan in de geïndustrialiseerde landen een sterke daling in de sterftecijfers vastgesteld worden. Deze cijfers zijn in deze periode zowel voor mannen als voor vrouwen met bijna de helft verminderd. Deze reductie kwam bijna uitsluitend tot stand in de eerste twintig jaar van deze eeuw. Volgende tabel illustreert dit:

-
- (1) In deze paragraaf wordt abstractie gemaakt van evoluties in ontwikkelingslanden en de inzichten die er uit voortgevloeid zijn. Hiervoor kan verwezen worden naar: M. FOETS & R. PEETERS, "De sociologische belangstelling voor ziekte en gezondheid", in: Y. NUYENS (ed.), O.C., p. 47-64.
 - (2) PROGRAMMATIE VAN HET WETENSCHAPSBELEID, Eerstelijnsgezondheidszorg, Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen, Brussel, 1978, deel 1A, p. 1a-24.
W.R. ROSENGREN, Sociology of Medicine, New York, 1980, p. 31-56.

Tabel 1. - Evolutie van de bruto-sterftcijfers in België.
(sterfte per 1000 inwoners)

	1900	1910	1920	1930	1939	1950	1960	1970	1980
M	20,6	16,1	14,6	14,2	14,9	13,5	13,6	13,3	12,4
V	18,5	14,7	13,4	12,7	13,0	11,6	11,3	11,3	10,8

Deze daling der sterftcijfers is voornamelijk gesitueerd bij risicogroepen, zoals zwangere vrouwen, oudere personen en vooral jonge kinderen. Deze reductie is voornamelijk te verklaren door de daling van de acute infectieziekten. De volgende tabel illustreert dit:

Tabel 2. - Ontwikkeling van de belangrijkste doodsoorzaken
(sterfte per 100.000 inwoners)

	1920- 1924	1930- 1934	1940- 1944	1950- 1954	1960	1970	1980
besmettelijke en parasitaire aard	M 163,96	132,78	138,55	57,60	34,58	15,91	9,28
	V 153,30	108,93	88,36	26,24	11,79	9,39	6,57
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
kwadaardige gezwellen	M 71,44	93,04	118,87	167,76	244,21	275,07	316,96
	V 85,35	111,77	135,03	168,76	208,78	209,58	218,34
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ziekten v. d. bloedsomlooporganen	M			528,51	560,19	501,11	
	V			469,61	515,88	459,22	
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
ongevallen, vergiftigingen, trauma's	M	85,19	103,13	79,99	95,23	106,42	103,13
	V	20,91	35,12	27,98	45,48	64,83	68,33

Bron : Statistisch Jaarboek van Volksgezondheid, Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin, Brussel, 1980

Tegelijkertijd toont deze tabel hoe andere doodsoorzaken in belang toenemen. Hart- en vaatziekten, kanker en ongeval-
len zijn de eerste doodsoorzaken geworden.

Een belangrijke vaststelling hierbij is dat deze veranderingen een evolutie impliceren naar een overwegend chronisch morbiditeitsprofiel. Het gaat hier om aandoeningen die slechts na langere tijd de dood tot gevolg kunnen hebben. Dit wordt nog in de hand gewerkt door de vooruitgang in de diagnostische en therapeutische mogelijkheden zodat ziekten die vroeger nog vrij vlug fataal afliepen, nu vaak zeer lang kunnen aanslepen. Hiermee direct samenhangend kan ook gesproken worden van een toenemend belang van ouderdomspathologie.

Een beschrijving van het gezondheidsprofiel aan de hand van een analyse der sterfte-oorzaken is te beperkt. Er zijn veel aandoeningen waaraan mensen niet (meer) of pas na lange tijd sterven maar die toch relatief frequent voorkomen. Epidemiologisch onderzoek en gezondheidssurveys wijzen o.m. op het frequent voorkomen van infecties (o.m. van de ademhalingswegen) en reumatische aandoeningen, naast de reeds vernoemde hart- en vaat-aandoeningen (1). Verder wijst dit onderzoek ook op het belang van allerlei psychische stoornissen en psychosociale problemen. In zijn meest extreme vorm kan ook voor deze problematiek een indicator worden gevonden in de mortaliteitscijfers, met name in de zelfmoordcijfers. In België vertonen deze een stijgende trend sinds 1970, dit zowel voor mannen als voor vrouwen en in nagenoeg alle leeftijdsgroepen (2).

(1) Zie o.m. De Leefsituatie van de Nederlandse Bevolking, 's Gravenhage, deel 1, 1975, p. 71-72, en : The General Household Survey, Introductory Report, London, 1973, p. 289-318.

(2) Statistisch Jaarboek van Volksgezondheid, Brussel, 1980, p. 84-85.
G.F.G. MOENS, "De stijging van de sterfte door zelfdoding in België tussen 1970 en 1980", in: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg, 1983, p. 979-983.

B. ZIEKTE, GEZONDHEID EN SOCIALE FACTOREN: GROEIENDE INTERESSE VANUIT MEDISCHE HOEK.

1. Naar een breder verklaaringsmodel voor ziekte.

Tegen de achtergrond van een morbiditeitsprofiel met een overwicht aan acute infectieziekten, ontwikkelde de medische wetenschap op het einde van de 19° eeuw de idee dat deze aandoeningen werden veroorzaakt door één specifieke ziekteverwekker, het agens genaamd. Daarom spreekt men ook dikwijls van het zgn. unicausaal ziektemodel. Met de ontdekkingen van Koch in 1882 (tuberculose- en cholerabacillen) en Pasteur (o.m. staphylococci en streptococci), die reeds drie eeuwen voordien in het vooruitzicht werden gesteld (Paracelsus), werd op het einde van de 19° eeuw het microbiologisch tijdperk ingeluid. Belangrijk hierbij is de vernauwing van het gezichtsveld der medische wetenschap tot het ziekte-agens en de gastheer. De omgevingsfactor wordt gereduceerd tot een vehiculum voor de specifieke ziekteverwekker (1).

Gemakkelijk besluit men dan ook dat het aan deze evolutie der medische wetenschap te danken is dat de infectieziekten zo spectaculair werden teruggedrongen in de geïndustrialiseerde landen. Historische analyses hebben deze conclusies evenwel gerelativeerd. De hoger beschreven daling der mortaliteit had zich met name reeds ingezet vanaf het midden der 19° eeuw, m.a.w. nog vóór de ontdekking van de specifieke bacillen die deze ziekten veroorzaakten en zeker nog vóór de specifieke chemotherapie en de vaccinaties die hiertegen werden ontwikkeld. McKeown bv. maakte een historische analyse van de verschuivingen

-
- (1) M. BARIETY & Ch. COURY, Histoire de la Médecine, P.U.F., 1978, p. 85 e.v.
F. STURMANS, "Epidemiologie en ziekte-oorzaken", in: Medisch Contact, 1977, p. 343-349.
K. WOUTERS, "Koch ontdekte verwekker van kwaad van de eeuw", in: De Standaard, 24/3/1982.

in het mortaliteits- en morbiditeitspatroon in Engeland en Wales. Hij kwam hierbij tot de conclusie dat de factoren die hebben bijgedragen tot de vooruitgang van het gezondheidsniveau, in volgorde van belangrijkheid waren : de beperking van de gezinsgrootte, de verbetering van de voedselvoorziening, een gezondere fysieke omgeving en tenslotte specifiek preventieve en therapeutische maatregelen (1).

De rol van de geneeskunde in de verbetering van de gezondheidstoestand moet gezocht worden bij de sociale geneeskunde, die van de eerste helft van de 18° eeuw sterk de relatie tussen milieu en gezondheid benadrukte (2). Deze ideeën, die terugkeerden tot Hippocrates' opvattingen, vindt men reeds terug in de 17° eeuw toen Graunt in Londen begon met kwantitatief onderzoek naar de relatie tussen de omgeving enerzijds, ziekte en dood anderzijds. De door Quetelet ingevoerde statistische hulpmiddelen vergemakkelijken dit onderzoek naar de invloed van sociale omstandigheden op de mortaliteit.

In de 19° eeuw kunnen veel voorbeelden van dit soort onderzoek vermeld worden. Een klassiek voorbeeld is J. Snow, die in 1848 alle cholera-sterfgevallen in Londen gedurende een tiendaagse periode lokaliseerde. Hij stelde een cluster van sterfgevallen vast rond de Broad Street Pump die zorgde voor de watervoorziening van de omwonenden. Chadwicks' "Report on an inquiry into the

(1) T. McKEOWN, Medicine in Modern Society, London, 1965.
W. WINKELSTEIN Jr., "Epidemiological consideration underlying the allocation of health and disease care resources", in: International Journal of Epidemiology, 1972, p. 69-74.

(2) Zie o.m.: M. BRIELS, Medische Sociologie en Medische Anthropologie, Leuven, 1981.
G. ROSEN, "The evolution of social medicine", in: H.E. FREEMAN, Handbook of Medical Sociology, New Jersey, 1972, p. 30-60.
G. SHANNON & G. DENVER, Health Care Delivery: Spatial Perspectives, New York, 1974, p. 141.

sanitation condition of the laboring population of Great Britain" (1842) is een ander voorbeeld.

Op het Europees continent kan Virchow vermeld worden. Zijn onderzoek naar de Silezische typhusepidemie in 1847 deed hem besluiten dat de oorzaken zowel op economisch, sociaal en politiek vlak lagen, als op biologisch en fysisch vlak. Reeds van 1848 dateert zijn uitspraak dat geneeskunde een sociale wetenschap is. Semmelweis, een Weens arts, legde in één van de eerste in vivo experimenten een verband tussen kraambedkoorts en hygiënische omstandigheden. In Frankrijk wees Villermé reeds in 1828 op de relatie tussen mortaliteit enerzijds, levensomstandigheden en sociale klasse anderzijds. Later legde hij het verband tussen armoede, voeding, weersomstandigheden en morbiditeit. Zijn rapport van 1840 over de gezondheidsomstandigheden van de textielarbeiders leidde tot de wet op de kinderarbeid van 1841. Voor België kan Meyne geciteerd worden die in zijn "Topographie médicale de la Belgique" (1865) o.m. de sociale factoren aanduidde die geïnvolveerd zijn in de belangrijkste gezondheidsproblemen van zijn tijd.

Het is duidelijk dat deze visies niet onverenigbaar zijn met het microbiologisch verklaringsmodel waarvan Koch en Pasteur pas later in de 19^e eeuw de basis legden. Maar men heeft dus niet op deze verklaring moeten wachten: nog vóór men de concrete werking van de micro-organismen kende, kon men door manipulatie van het milieu de ontwikkeling van infectiehaarden tegengaan en zodoende de ziekte bestrijden. Toch verdween de interesse voor het sociaal-geneeskundig onderzoek op de achtergrond toen het bacteriologisch tijdperk haar intrede deed.

Pas na de tweede wereldoorlog kwam er een hernieuwde belangstelling voor de sociale geneeskunde. Het op de voorgrond treden van welvaartsziekten zoals kanker, hart- en vaataandoeningen en mentale stoornissen is hier niet vreemd aan. Het klassiek monocausaal verklaringsmodel

is t.a.v. deze nieuwe gezondheidsstoornissen nog minder haalbaar. In de eerste plaats kunnen deze aandoeningen maar moeilijk tot één enkele oorzaak herleid worden. Het multicausaal karakter ervan wordt daarentegen steeds duidelijker. Bovendien wordt in dit multicausaal model plaats ingeruimd voor socio-culturele en psychische determinanten. Inderdaad wordt het belang van menselijke factoren in het ontstaan en de ontwikkeling van vele der actuele gezondheidsstoornissen steeds duidelijker. Cardiovasculaire aandoeningen, gewelziekten en (verkeers)ongevallen worden mede door het stijgend levensniveau in de hand gewerkt. Het gedragsgeïnitieerde karakter ervan wordt steeds duidelijker.

2. De ontwikkeling van psychiatrie en psychosomatische geneeskunde (1).

Ook vanuit de psychiatrie en de psychosomatische geneeskunde werd steeds duidelijker aangetoond dat het klassieke unicausale ziektemodel niet langer houdbaar is.

Zo toonde Freuds werk aan dat psychische mechanismen verantwoordelijk kunnen zijn voor neurologische symptomen, en ook dat somatische aandoeningen kunnen veroorzaakt worden door psychische factoren.

Cannon bracht de eerste empirische verificatie voor het effect van emoties op fysische processen.

Geleidelijk aan werd het betoog van de psychische component onderkend in de etiologie van ziekten zoals asthma, maagzweren en hypertensie. Er werd een relatie gelegd tussen stress en ziekte waarbij stress ook in de sociale omgeving van mensen werd gesitueerd. Deze relatie tussen stress

(1) R.M. COE, Sociology of Medicine, New York, 1978, p. 14-15.

en ziekte werd een nieuw onderzoeksterrein, waar rond men ook een algemene theorie tracht te ontwikkelen (1).

C. ZIEKTE, GEZONDHEID EN SOCIALE FACTOREN: GROEIENDE INTERESSE VANUIT DE SOCIOLOGIE (2).

Doorheen de geschiedenis heeft de geneeskunde afwisselend nu eens meer, dan weer minder aandacht besteed aan de relatie tussen sociale factoren enerzijds, ziekte en gezondheid anderzijds. In de vorige paragraaf werd o.m. gewezen op de grote belangstelling in 't begin van de 19^e eeuw. Toen dan in de tweede helft der 19^e eeuw de sociologie als wetenschap tot ontwikkeling kwam, trad er een sterke verschuiving op in de focus van het medisch denken (cfr. supra). Geruime tijd waren er dan ook weinig raakvlakken. Wel wordt Durkheim met "Le Suicide" (1897) af en toe als voorloper vermeld, maar er was toen nog geen sprake van een discipline 'medische sociologie'.

Het eerste terrein der geneeskunde waarbij sociologen actief zijn betrokken geweest, is het veld der psychiatrie. Zo maakten Ferris en Dunham reeds in het Chicago van de dertiger jaren de eerste systematische studie van mentale stoornissen.

-
- (1) Zie bv. R.J. KLEBER, Stressbenaderingen in de Psychologie, Werk en Gezondheid, Deventer, 1982, p. 81-107.
 - (2) R.M. COE, o.c., p. 1-23.
A.C. TWADDLE & R.M. HESSLER, o.c., p. 7-27.
T. PARSONS, The Social System, London, 1951, p. 428-480.

Na de Tweede Wereldoorlog nam de belangstelling vanuit sociologische hoek voor de fenomenen 'ziekte' en 'gezondheid' toe. Daarin speelden verschillende factoren een rol. Primo kan gewezen worden op de veranderingen in het morbiditeitsprofiel, waardoor ook vanuit medische hoek een vernieuwde belangstelling voor sociale factoren groeide. Tegelijkertijd evenwel was de sociologie zowel theoretisch als op methodologisch vlak geëvolueerd tot op een punt dat een eigen inbreng van de discipline mogelijk werd.

Methodologisch situeren de grote mijlpalen in het survey-onderzoek zich na 1940 (Gallup, Lazarsfeld, Guttman). Gezondheidsproblemen zijn kwantificeerbaar empirisch materiaal van significant nationaal belang. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat sociologen dit een uitstekend terrein vonden om hun nieuwe onderzoekstechnieken toe te passen.

Daarnaast was het eveneens een stimulans dat vooraanstaande sociologen, die begaan waren met de ontwikkeling van sociologische theorieën, het 'medische' veld gebruikten om hun theorieën te toetsen. De belangrijkste doorbraak hierbij was de publikatie van T. Parsons "The Social System" (1951). Zijn benadering van ziekte en gezondheid vanuit een functionalistisch perspectief is een enorme stimulans geweest voor het sociologisch onderzoek terzake en zal derhalve later nog uitgebreid aan bod komen. Hij heeft in de loop van zijn werk in toenemende mate duidelijk gemaakt dat ziekte niet kan gereduceerd worden tot een louter bio-fysische aangelegenheid. Hiermee was hij de eerste die ziekte als een sociologisch concept hanteerde, door het te plaatsen binnen de meer algemene categorie van afwijkend gedrag. Het is verder vooral zijn omschrijving van de zieke-rol, als een controlemechanisme in geval van ziekte, die zeer bekend is geraakt.

Benevens de algemene bedenkingen bij het functionalisme, heeft vooral deze definitie aanleiding gegeven tot veel kritiek. Heel wat medisch-sociologen hebben d.m.v. onderzoek pogen aan te tonen dat de zieke-rol niet zo éénduidig kan gedefinieerd worden, maar dat er intengendeel een enorme verscheidenheid kan bestaan. Het is dan ook o.m. hierdoor dat sociologen hun aandacht niet langer alleen zijn gaan richten op ziekte en gezondheid, maar evenzeer op ziekte- en gezondheidsgedrag.

Deze belangstelling was des te relevanter gelet op de verschuiving naar meer chronische aandoeningen, waardoor het omgaan met ziekte, het ziektegedrag m.a.w. een toenemend belang kreeg. Bovendien lag aan de basis van dit soort onderzoek ook reeds zeer vroeg een bekommernis voor de snel stijgende uitgaven voor gezondheidszorgen. Reeds geruime tijd voor er sprake was van financiële moeilijkheden in andere sectoren van het sociaal-economisch leven, was het stijgend verbruik van allerlei medische voorzieningen een probleem dat door menig beleidsverantwoordelijke werd geformuleerd.

PARAGRAAF 2. EEN EERSTE TERREINAFBAKENING.

Voorgaand historisch overzicht heeft aangetoond hoe de basis werd gelegd voor de belangstelling voor de relatie tussen sociale factoren en ziekte en gezondheid. In het verlengde hiervan heeft het sociologisch onderzoek zich in twee grote richtingen ontwikkeld. Op de eerste plaats zijn er de sociologen die, meestal in interdisciplinair verband, werken aan het sociaal-epidemiologisch onderzoek naar de relatie tussen sociale factoren en het ontstaan en de spreading van ziekte (1).

Het is evenwel de tweede richting waarnaar onze interesse verder zal gaan, met name het terrein van ziekte en gezondheidsgedrag. Even recapitulerend en samenvattend laten volgende drie initiële factoren aan de basis van de interesse voor dit veld. Primo is er de toename van het aantal chronische aandoeningen, waardoor de aandacht voor gedragsmatige aspecten werd vergroot. Secundo is er de ontwikkeling van de sociologie tot volwaardige discipline die zowel haar methodologie als haar theoretische inzichten wou toepassen op concrete terreinen. Vooral Parsons' definitie van de zieke-rol en de reacties hierop droegen sterk bij tot de initiële belangstelling. Tertio is de bekommernis voor de stijgende uitgaven voor gezondheidszorgen een belangrijke stimulus geweest voor het wetenschappelijk onderzoek. Op deze factoren zal later nog uitgebreider worden teruggekomen.

In deze paragraaf volgt nu een eerste conceptuele afbakening van het terrein. In deel I zal duidelijk blijken dat de definities van vele concepten nog kunnen variëren

(1) Voor een recent overzicht kan bv. verwezen worden naar: D.V. McQUEEN & J. SIEGERIST, "Social factors in the etiology of chronic disease: an overview", in: Social Science and Medicine, 1982, p. 353-367.

in functie van de gehanteerde theoretische modellen. Deze paragraaf heeft dan ook als enige pretentie te fungeren als een eerste inhoudelijke introductie op het terrein.

A. ZIEKTE EN GEZONDHEID.

Uiteraard zal de wijze waarop ziekte- en gezondheidsgedrag bestudeerd wordt, beïnvloed worden door de gehanteerde concepties van ziekte en gezondheid. Voor de Nederlandse term 'ziekte' bestaan er verschillende Engelse equivalenten. Meer bepaald het onderscheid tussen 'disease' en 'illness' is in deze context belangrijk (1).

'Disease' verwijst naar de biologische definitie van ziekte, gekenmerkt door een afwijking in de structuur en/of het functioneren van het lichaam als biologisch organisme. Traditioneel is het vooral op dit biologisch model dat de moderne geneeskunde gebaseerd is. Tekens van ziekte zijn bv. de lichaamstemperatuur, de hartslag of het bloedsuikergehalte. Deze gegevens worden meestal gemeten middels een technisch instrumentarium (thermometer, EEG, enz...) waardoor dit model een grote mate van objectiviteit wil realiseren. (2). Toch zijn er ook binnen dit bio-medisch model nog verschillende zienswijzen. Zo hanteren sommigen een microbiologisch verklaringmodel, anderen zien de oorzaken van ziekte eerder in omgevingsfactoren (cfr. supra). Ook over de gehanteerde parameters bestaat er ambiguïteit: criteria voor wat nu

(1) Het is niet de bedoeling in deze context een overzicht te geven van alle mogelijke omschrijvingen die er van gezondheid en ziekte ooit gegeven zijn. Alleen onderscheidingen die naar het vervolg van dit proefschrift relevant zijn, worden hier behandeld.

(2) R. PEETERS & M. FOEIS, "Ziekte, gezondheid en gezondheidsperspectief", in: Y. NUENS (ed.), o.c., p. 65-81.

al of niet normaal is variëren in functie van allerlei omstandigheden (bv. bloeddruk in functie van leeftijd)(1).

'Illness' daarentegen verwijst naar ziekte als een sociaal concept. Ook hier kunnen verschillende zienswijzen onderscheiden worden. Dikwijls wordt ziekte hier geconceptualiseerd in gedragstermen. Vooral de zienswijze dat ziekte een vorm van afwijkend gedrag is komt frequent voor. Meer recent wordt aan ziekte als 'illness' ook een meer subjectieve kant onderscheiden. De zelf-definiëring van ziekte op basis van subjectieve ervaringen als bv. 'pijn' staat in dit model centraal.

B. ZIEKTE- EN GEZONDHEIDSGEDRAG.

'Ziektegedrag', wordt in de literatuur doorgaans omschreven als elke activiteit die iemand onderneemt die zichzelf als ziek definieert, en iets onderneemt met de bedoeling de betrokken klachten weer kwijt te spelen.

'Gezondheidsgedrag', daarentegen wordt meestal omschreven als iedere activiteit die iemand onderneemt met als doel de gezondheid te behouden en/of ziekte te vermijden in een asymptomatisch stadium (2). Deze definitie komt overeen met wat men doorgaans ook wel preventief gedrag noemt.

Ten aanzien van zowel ziektegedrag als gezondheidsgedrag kan men drie dimensies onderscheiden, namelijk zelfzorg, mantelzorg en professionele zorg (3).

-
- (1) A. TWADDLE & R.M. HESSLER, o.c., p. 97-100.
 - (2) S.V. KASL & S. COBB, "Health behavior and sick role behavior", in: Archives of Environmental Health, 1966, p. 246-266 en p. 531-541.
 - (3) M. FOETS & L. JANSSENS, "Ziekte- en gezondheidsgedrag in Vlaanderen", in: De Welzijnsids, afl. 5, 1980.

'Zelfzorg' kan omschreven worden als de zorg die een individu zelf schenkt aan zijn eigen gezondheid. Geveer en ontvanger van de zorgen zijn in dit geval dus in één persoon verenigd. Zelfzorg bij gezonden betekent dat de betrokkene als doelstelling heeft de gezondheid te bewaren of te bevorderen. De activiteiten die zij/hij hiervoor onderneemt, kan men omschrijven als gezondheidszorg gedrag. Voorbeelden hiervan kunnen zijn 'niet roken', 'ophouden met drinken', 'sport beoefenen', enz... Voorbeelden van zelfzorg bij zieken kunnen niet alleen 'zelfmedicatie' zijn, maar ook 'enkele dagen rusten', 'voedingsgewoonten veranderen', 'literatuur raadplegen', enz...

Bij 'mantelzorg' doet degene die zorg nodig heeft beroep op zijn min of meer directe omgeving, zoals gezins- en familieleden, mensen uit de buurt, collega's, vrienden enz... Essentieel hierbij is dat de zorgverlenende personen leken zijn. In de Angelsaksische literatuur wordt in dit verband vaak de term 'lay-referral' gebruikt.

Dit consulteren van leken neemt binnen de mantelzorg een belangrijke plaats in. Ook mantelzorg in het algemeen en lay-referral in het bijzonder kunnen zowel naar preventieve als naar curatieve aspecten verwijzen. In het eerste geval betekent dit dat het individu kan rekenen op zijn onmiddellijke omgeving voor het scheppen/onderhouden van een gezondheidsbevorderend klimaat. In het tweede geval betekent mantelzorg dat de betrokkene de hulp en het advies van gezinsleden, vrienden enz... kan krijgen wanneer hij/zij met klachten geconfronteerd wordt.

Wanneer de betrokkene evenwel beroep doet op deskundigen, spreekt men van 'professionele zorg'. Deze laatste vorm van gedrag wordt in de medische sociologie meestal 'medische consumptie' genoemd. Deze zorgenverstrekkers kunnen al of niet officieel erkend zijn. Ook hier kan men

een onderscheid maken tussen preventieve en curatieve medische consumptie. Een voorbeeld van het eerste is zich preventief laten vaccineren. Een voorbeeld van het tweede is naar de huisarts gaan in geval van hoofdpijn.

Het hier gehanteerde en omschreven begrippenkader kan in het volgende schema worden ondergebracht :

	Gezondheidsgedrag of preventief gedrag	Ziektegedrag (naar aanleiding van klachten)
Zelfzorg	Gezondheidsattent gedrag	Zelfmedicatie, bedlegerigheid, e.a.
Mantelzorg	o.m. lay-referral	
Professionele zorg	Preventieve medische consumptie	Medische consumptie vanuit curatief standpunt

Zoals in de twee eerste delen van dit proefschrift nog uitvoerig zal blijken, is vooral het onderzoek naar medische consumptie sterk tot ontwikkeling gebracht. Andere vormen van ziekte- en gezondheidsgedrag kwamen pas recent in de belangstelling.

SLOT.

Uit deze inleiding is gebleken dat de interesse voor de relatie tussen sociale factoren en ziekte en gezondheid in de eerste plaats vanuit medische hoek is gegroeid.

De belangstelling vanuit de epidemiologie kende hoogte- en laagtepunten. Na een bloeiperiode voor het sociaal-geneeskundig onderzoek in de eerste helft der 19^e eeuw, verdween de aandacht grotendeels op de achtergrond bij de opkomst van het bacteriologische tijdperk.

De sociologie, die zich juist toen ontwikkelde tot een wetenschappelijke discipline, had dan ook weinig aanknopingspunten met de geneeskunde. Eén uitzondering was de psychiatrie, die vanaf het einde der 19^e eeuw een steeds ruimere belangstelling aan de dag legde voor de psychosociale factoren. Het hoeft dan ook niet te verwonderen dat de samenwerking tussen artsen en sociologen zich aanvankelijk vooral situeerde op het vlak der geestelijke gezondheidszorg.

Pas na de tweede wereldoorlog kwam er binnen de geneeskunde een hernieuwde belangstelling voor het sociaal-epidemiologisch onderzoek. Inmiddels had de sociologie zich methodologisch en theoretisch uitgebouwd tot een volwaardige discipline. Enerzijds leidde dit tot interdisciplinair geneeskundig onderzoek. Anderzijds gingen een aantal sociologen het medische veld gebruiken om hun nieuwe methodologieën uit te proberen en om hun theoretische inzichten toe te passen en te toetsen. Vooral Parsons heeft hier een zeer stimulerende rol gespeeld. Waar voordien de definitie van ziekte en gezondheid een zaak van medici was, heeft hij, met zijn definiëring van ziekte als een vorm van afwijkend gedrag, als eerste ziekte gehanteerd als een sociologisch concept.

De kritiek op zijn monolythische omschrijving van de ziekterol leidde tot veel onderzoek waaruit de enorme verscheidenheid bleek die dit begrip in de empirie kan aannemen. Het is vooral hierdoor dat sociologen hun aandacht niet alleen meer zijn gaan richten op ziekte en gezondheid as such, maar evenzeer op ziekte- en gezondheidsgedrag. Deze interesse was des te relevanter in een tijd waar, gezien het toenemend aantal chronische ziekten, het menselijk gedrag rond ziekte aan belangrijkheid won en waarin de uitgaven voor gezondheidszorg explosief begonnen te stijgen.

Het is aan dit laatste aandachtspunt, ziekte- en gezondheidsgedrag, dat dit proefschrift aandacht zal besteden. In de tweede paragraaf van deze inleiding werd een eerste conceptuele afbakening gegeven van dit terrein. Gezien de wijze waarop ziekte- en gezondheidsgedrag bestudeerd wordt, mede bepaald wordt door de gehanteerde concepties van ziekte en gezondheid, werd het naar het vervolg toe belangrijke onderscheid tussen 'disease' en 'illness' toegelicht. Vervolgens werden de termen 'ziektegedrag' en 'gezondheidsgedrag' nader omschreven.

*

*

*

Ziekte- en gezondheidsgedrag is dus het onderwerp van dit proefschrift. In het resterende deel van deze inleiding wordt nog aangegeven hoe dit zal uitgewerkt worden.

De auteur van dit proefschrift was gedurende ruim drie jaar betrokken in een onderzoeksproject naar (ondermeer) ziektegedrag en vooral medische consumptie (1). Van daaruit is de interesse gegroeid naar de ontwikkeling van dit belangrijk onderdeel van de medische sociologie.

Dit proefschrift vangt dan ook aan met een inventarisatie van het wetenschappelijk onderzoek op dit terrein. Van deze literatuurstudie werden - meer specifiek - twee dingen verwacht.

Van de medische sociologie wordt vaak beweerd dat de relatie met de moederdiscipline vrij zwak is. Deze relatief nieuwe subdiscipline zou zich nogal los ontwikkeld hebben van de belangrijkste stromingen binnen de sociologie en daarom theoretisch arm zijn. Aan de hand van deze literatuurstudie wordt verwacht dat het mogelijk zal zijn om - althans voor dit onderdeel - uit te maken of, en in welke mate deze beweringen kloppen.

Ook is het de bedoeling om, aan de hand van de literatuurstudie, het reeds vermelde onderzoek (1) te situeren binnen de gangbare wetenschappelijke ontwikkelingen. Op basis van deze inzichten zullen een aantal nog niet gepubliceerde resultaten van dit onderzoek gepresenteerd worden. Vooruitlopend op de resultaten van de literatuurstudie kan hierbij nu al gezegd worden dat vooral onderzoek naar medische consumptie reeds lang sterk in de belangstelling staat. Pas recent werd het onderzoeksterrein verbreed tot andere vormen van ziekte- en gezondheidsgedrag, waarop ook te te presenteren resultaten betrekking zullen hebben.

(1) Programmatie van het Wetenschapsbeleid, Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen, Project Eerstelijnsgezondheidszorg, Rapporten 1G en 1H, Brussel, 1978.

Het proefschrift bestaat uit drie delen. In deel 1 komen vooral de diverse theoretisch-sociologische benaderingswijzen aan bod die relevant blijken te zijn voor het onderwerp van dit proefschrift. In het tweede deel wordt de evolutie geschetst van een groot deel van het empirisch-wetenschappelijk onderzoek terzake. In deel 3 wordt gepoogd het verband tussen beide te leggen.

Ook de invloed van andere factoren, met name andere disciplines en maatschappelijke ontwikkelingen, wordt verduidelijkt. Tenslotte wordt het Nationaal Project Eerstelijnsgezondheidszorg hierin gesitueerd en worden aansluitend een aantal nieuwe analyses gepresenteerd.

D E E L I :

ZIEKTE- EN GEZONDHEIDSGEDRAG VANUIT
VERSCHILLENDE THEORETISCHE PERSPEC-
TIEVEN.

INLEIDING

Zoals gezegd vangt dit proefschrift aan met een literatuurstudie, een overzicht van het reeds geleverde werk op dit terrein. Daarbij stelt zich de vraag hoe dit materiaal het best kan geordend worden. Bestaande literatuuroverzichten (1) ordenen het materiaal in functie van de aard der verklarende of te verklaren factoren. Gelet echter op onze interesse voor de invloed van diverse sociologische stromingen binnen de medische sociologie, vangt dit proefschrift aan met een andere werkwijze.

De vraag die in dit eerste deel gesteld wordt is de volgende: sluiten de verschillende benaderingswijzen van ziekte- en gezondheidsgedrag aan bij de algemeen gangbare modellen die in de sociologie gehanteerd worden ?

Zoals hieronder zal blijken, was het mogelijk om veel materiaal binnen dergelijke modellen onder te brengen: niet in het minst het werk van twee belangrijke theoretische grondleggers, nl. Parsons en Freidson, werd op die manier duidelijk gesitueerd.

Voor elke, hier relevante, stroming in de sociologie, volgt hieronder eerst een korte algemene omschrijving, en daarna de toepassing ervan op dit studieterrein. Wat de algemene omschrijving betreft kan het uiteraard niet de bedoeling zijn een volledige schets te geven van elk der betrokken modellen. Er zal enkel aangegeven worden welke de voornaamste kenmerken van elk zijn, aan de hand van de belangrijkste grondleggers ervan. Hierbij zullen vooral die elementen worden geselecteerd die naar ons onderzoeksthema relevant (kunnen) zijn (2).

(1) Zie bv. J.B. Mc.KINLAY, "Some approaches and problems in the study of services: an overview", in: *Journal of Health and Social Behavior*, 13, 1972, p. 115-152.
NATIONAAL ONDERZOEKSPROGRAMMA IN DE SOCIALE WETENSCHAPPEN, Project Eerstelijnsgezondheidszorg, Brussel, 1978, deel IF, p. 10-74.

(2) Deze gedeeltes werden met een kleinere interlinie getypt. Voor lezers die goed vertrouwd zijn met deze stromingen, zal het overslaan van deze stukken, de lectuur van de toepassingen niet bemoeilijken.

Zoals verder nog zal blijken was het wel mogelijk de verschillende modellen in hun algemene omschrijvingen van elkaar te onderscheiden, maar in de toepassing ervan op ons onderzoeksterrein waren de scheidingslijnen soms minder duidelijk te trekken. Vaak verwerken de betrokken auteurs elementen uit aanverwante modellen in de eigen zienswijze.

Vooraleer te starten, vergen de termen 'model', 'paradigma' en 'stroming' enige toelichting.

Elke wetenschapper maakt zich één of andere voorstelling van het terrein waarop hij onderzoek verricht, één of ander beeld van 'hoe het in elkaar zit en hoe het functioneert'. Voor de socioloog betekent dit dat hij enig denkbeeld heeft over mens en maatschappij (1). Lammers omschreef dit als:

'een door de beoefenaar van een bepaalde wetenschap geconstrueerd en bewust gehanteerd geheel van opvattingen over delen of aspecten van de werkelijkheid, over de relaties der eenheden waaruit dit werkelijkheidsdeel of -aspect bestaat en over de methode met behulp waarvan een en ander onderzocht kan worden' (2).

Het voorgaande impliceert dus het naast elkaar bestaan van verschillende voorstellingen; inderdaad is de overgrote meerderheid der sociologen het er inmiddels over eens dat de pluriformiteit van de sociologie een vaststaand feit is (3).

Deze voorstellingen worden afwisselend benoemd met termen als 'model', 'stroming' of 'paradigma' e.d. Meestal is een dergelijk model of paradigma ruimer dan een wetenschappelijke theorie. Deze laatste zijn meestal

-
- (1) A. INKELES, Beginnselen van de Sociologie, Utrecht, 1966, p. 52-54 en p. 83-84.
 - (2) C.J. LAMMERS, "De professionele vereisten van een sociologie-opleiding", in: Sociologische Gids, 1973, p. 73-87.
 - (3) E. LEEMANS & H. VAN GEEL, Sociologie IV, Leuven, 1980, p. 1.

slechts onderdelen van een veelomvattender model, paradigma (1).
Bekijkt men dit alles van naderbij, dan wordt al vlug duidelijk dat men over sociologische paradigma's, stromingen of modellen, nog in geheel verschillende opzichten spreekt (2). Een aantal auteurs hebben dan ook getracht hierin enige ordening aan te brengen. De belangrijkste tegenstellingen die hierbij steeds weer naar voor treden situeren zich op de assen individu - collectiviteit en objectiviteit - subjectiviteit (3).

De eerste as (individu - collectiviteit) laat toe de paradigma's te ordenen in functie van de perceptie van de betrokken discipline over haar studieterrein. Het gaat hier namelijk aan de ene kant van de as om benaderingswijzen waar het groter geheel het uitgangspunt vormt en waar het individu primair wordt gezien als lid van het groter geheel, het sociaal systeem; daarom zegt men ook dat de blikrichting in dit geval katascopisch is. De tegenovergestelde visie is anascopisch en meent het geheel te kunnen afleiden van zijn onderdelen.

De tweede as (objectiviteit - subjectiviteit) laat veel eerder toe de paradigma's te ordenen in functie van hun eerder methodologische uitgangspunten. Langs de ene kant van de as wordt de samenleving gezien als iets dat objectief kan worden waargenomen; langs de andere kant van de as ziet men daarentegen het sociale als iets subjectiefs, dat uitsluitend kan worden verklaard uit de ervaringen van mensen, hun interpretaties van de situatie en de zin die ze eraan geven.

-
- (1) E. LEEMANS & H. VAN GEEL, Sociologie IV, Leuven, 1980, p. 4.
 - (2) Zie o.m. R. WIPPLER, "Slotbeschouwing: reële en schijn tegenstellingen in de sociologie", in: L. RADEMAKER & H. BERGMAN (eds.), Sociologische Stromingen, 1977, p. 287-306.
 - (3) G. KUIPER, "Medische sociologie en geneeskunde", in: G.W. AAKSTER & G. KUIPER (eds.), Leerboek Medische Sociologie, Groningen, 1978, p. 8-21.
In navolging van J. BERTING, Ruiltheorie, Intermediair, 1976, 22, p. 51.

Het gehanteerde mens- en maatschappijbeeld oefent een sterke invloed uit op de sociologische analyse: op wat men zoekt en hoe men de resultaten van empirisch onderzoek interpreteert. Modellen oriënteren de aandacht van de socioloog: zij tonen problemen, suggereren relevante data, zijn richtinggevend voor de theorieën die men ontwikkelt en de methodologie die men hanteert. Beaalde modellen zijn vruchtbaar, andere niet, en dit kan variëren naargelang het bestudeerde probleem (1).

Hoe in dit deel de modellen werd geselecteerd is een volgend probleem. Uitgegaan werd van de veel gehanteerde klassiekers, nl. de functionalistische en symbolisch-interactionistische benaderingswijzen. Ruwweg kan het functionalisme gekarakteriseerd worden als een katascopische zienswijze (primauteit van de samenleving), waarbij deze samenleving wordt voorgesteld als iets dat objectief kan worden bestudeerd. Het symbolisch-interactionisme is daarentegen anascopisch (primauteit van het individu) en wil de samenleving verklaren vanuit het zingevende individu. Binnen het kader van deze twee stromingen kon al heel wat empirisch en theoretisch materiaal een plaats krijgen.

Een deel van het materiaal bleek vervolgens wel sterk aan te sluiten bij de voorgaande benaderingswijzen, maar toch bevatte het een aantal belangrijke punten van kritiek of een aantal sterk verschillende elementen, die voor de verantwoording zorgden om hieraan afzonderlijke hoofdstukken te wijden. Het gaat hier met name om de systeembenadering en de fenomenologische benaderingswijze. De eerste sluit sterk aan bij het functionalisme (katascopisch; samenleving als een objectieve gegevenheid); de tweede bij het symbolisch-interactionisme (anascopisch; samenleving als iets subjectief).

(1) A. INKELES, o.c., p. 79-82.

Tenslotte weze nog vermeld dat, alhoewel conflictbenaderingen in de medische sociologie wel degelijk worden gehanteerd (1), dit niet of nauwelijks geldt voor dit studieterrein, zodat er hier ook niet wordt op ingegaan.

(1) Vooral in studies over de arts-patiënt-relatie, over de medische professie, en over de organisatie van de gezondheidszorg.

HOOFDSTUK 1

FUNCTIONELE BENADERINGSWIJZE EN SYSTEEMTHEORIE.

INLEIDING (1).

Hoofdstuk 1 zal dus modellen behandelen waar uitgegaan wordt van het groter geheel, dat meer is dan de som van haar samenhangende delen. De belangrijkste toepassing van dit gedachtegoed op het onderwerp van dit proefschrift werd in de eerste plaats door Parsons gemaakt, en pas veel later door de zogenaamde systeemanalyse. Het ligt in elk geval voor beide stromingen voor de hand dat hierbij de notie 'sociaal systeem' opduikt.

Reeds bij de grondleggers van de sociologie, zoals Comte (1798-1857) en Spencer (1820-1903) is de systeemidee aanwezig. Conform aan het biologisch concept van het levend organisme, stelden ze ook de samenleving voor als een organisme dat zich tegenover een veranderende omgeving handhaaft door de samenhang die er bestaat tussen de onderdelen. Hun organisch systeembegrip van de samenleving had evenwel nog geen eigen wetmatigheden, maar was onderworpen aan dezelfde natuurwetten als de natuurlijke werkelijkheid. Dergelijke analogieën met het biologisch organisme zijn zo oud als het sociale denken en waren bij Comte en Spencer tevens een reactie tegen liberale opvattingen over de samenleving als gebaseerd op strevingen en doelstellingen van individuen. Het is via deze analogie dat 'structuur' en 'functie' sociologische grondbegrippen zijn geworden.

-
- (1) H.P. GODDIJN, "Karakteristiek van de sociologie", in: L. RADEMAKER (red.), Sociologische Grondbegrippen, Utrecht, 1981, p. 56-119.
W. VAN ROSSUM, "Sociaal systeem", in : IBID., p. 344-361.
J.E. ELLEMERS, "Functionele analyse", in : L. RADEMAKER & H. BERGMAN (reds.), Sociologische Stromingen, Utrecht, 1977, p. 27-54.
H.P. GODDIJN, P. THOENES, e.a., Geschiedenis van de Sociologie, Meppel, 1971, p. 67-76, p. 94-100, p. 135-144 en p. 205-219.
J. VERHOEVEN, Sociologie 2, vol. 1, Leuven, 1978, p. 3.1-3.46.

Als belangrijkste grondlegger van het Amerikaanse functionalisme wordt meestal Durkheim (1858-1917) genoemd. Hij was ook één van de eersten die de eigen wetmatigheden van het sociale poneerden. Sociale feiten hebben een ander karakter dan de natuurlijke werkelijkheid en kunnen al evenmin gereduceerd worden tot het individueel bewustzijn van de leden. De samenleving is dus geen optelling van individuen, maar een systeem gevormd door hun samenhang, een specifieke realiteit met eigen kenmerken. De verklaring van deze sociale feiten dient dan ook gezocht te worden in de voorafgaande sociale feiten. Het is volgens Durkheim evenwel niet voldoende een sociaal feit te verklaren vanuit zijn werkoorzaken, omdat daardoor enkel het ontstaan, en niet het voortbestaan wordt verklaard. Voor dit laatste moet nagegaan worden welke functies het sociaal feit vervult t.a.v. de totstandkoming/handhaving van harmonieën orde in de samenleving. Dit evenwicht tussen de samenstellende delen van het geheel definieert hij zowel intern, als t.a.v. de externe omgeving.

Het functionalisme van Durkheim kreeg invloed op de Amerikaanse sociologie via de antropologen Malinowski (1884-1942) en Radcliffe-Brown (1881-1955). Malinowski zag biologisch bepaalde behoeften als de basis van alle vormen van socio-culturele organisaties (behoeftebevrediging). cultuur garandeert aldus het voortbestaan van de samenleving. Malinowski benadrukte sterk dat sociale en culturele instituties een samenhangend geheel, een systeem vormen. Radcliffe-Brown keek veeleer naar de functies die een element heeft bij de handhaving en ontwikkeling van de totale structuur van de samenleving.

Ook bij Pareto (1848-1923) krijgt het begrip 'sociaal systeem' een belangrijke plaats. Hij ontleende zijn concept evenwel aan de mechanica, waarbij het evenwicht werd gedefinieerd binnen het systeem zelf, veeleer dan in de relatie tussen systeem en omgeving. Juist dit gesloten

systeembegrip doet sommigen stellen dat Pareto geen grondlegger is van het functionalisme in de sociologie. Dit laatste gaat er immers van uit dat de samenleving functies ontwikkelt waarmee zij zich aanpast aan de eisen van de omgeving. Toch krijgt hij in deze inleiding een plaats. Primo omdat zijn aandacht voor de functies van het niet-rationeel handelen toch een functionalistisch element impliceren. Secundo omdat zijn invloed op Parsons niet te onderschatten valt. Pareto's uitgangspunt is namelijk, zoals later dat van Parsons, het menselijk handelen, waarbij evenwel het begrip 'samenleving' meer inhoudt dan de som van de individuen. Deze samenleving heeft het karakter van een systeem.

Pareto's invloed op Parsons verliep via Henderson. Onder invloed van de ontwikkelingen binnen de fysiologie in het begin van deze eeuw werkte met name hij, maar ook W.B. Cannon de notie uit van zelfregulerende eigenschappen van organismen, het zgn. 'homeostase'-begrip. Homeostase typeert evenwicht in complexe, open organische systemen. Eveneens in die periode leerde Henderson Pareto's sociologie kennen. In de jaren '30 organiseerde hij in Harvard speciale Pareto-seminaries waaraan ook Parsons participeerde.

Tenslotte moet in deze inleiding gewezen worden op de meer recente ontwikkeling van de algemene systeemtheorie, die grotendeels onafhankelijk van Parsons werk tot stand is gekomen. De belangrijkste grondlegger was L. von Bertalanffy. Zijn algemene systeemtheorie ontwikkelde zich onder invloed van parallelle ontwikkelingen binnen de cybernetica, de informatietheorie en de speltheorie.

De hiernavolgende paragrafen zullen achtereenvolgens aandacht besteden aan de functionele benaderingswijze en aan de systeemtheorie, en in het bijzonder aan hun toepassing op het terrein van ziektegedrag.

PARAGRAAF 1. FUNCTIONELE ANALYSE.

"T. Parsons was reeds veler doelwit als het er om ging zijn verschrompelijk taalgebruik te hekelen. Niet zelden overigens fungeerde deze kritiek als alibi voor de zwakkeren van geest om zijn werk daarom maar ongelezen te laten en te varen op de koers die in deze werd uitgestippeld door sociologen als Dahrendorf en Gouldner..."

uit: A.C. ZIJDERVELD, Over Zotheid in de Sociologie, Rotterdam, 1974, p. 16.

INLEIDING (1).

Functionele analyse is een benaderingswijze die zich niet beperkt tot de sociologie. Reeds lang voordien kunnen er sporen van gevonden worden in de filosofie en in andere empirische wetenschappen (bv. biologie, psychologie en culturele antropologie). De historische antecessanten van deze benaderingswijze in de sociologie werden reeds toegelicht in de inleiding van dit eerste hoofdstuk. Functionele elementen bleken reeds aanwezig te zijn in de werken van Comte, Spencer, Pareto en Durkheim.

Eén van de meest kenmerkende elementen van functionele analyse is dat men een sociaal verschijnsel verklaart door de consequenties die het heeft op de andere sociale verschijnselen waarmee het een structuur vormt. Anders geformuleerd: sociale verschijnselen worden verklaard vanuit hun beantwoording aan een vereiste, een behoefte, vanuit de functies die ze vervullen.

-
- (1) Voor een overzicht van ontstaan en historiek van de functionele analyse kan o.m. verwezen worden naar:
H.P. GODDIJN, Het Functionalisme in de Sociologie, Assen, 1968.
J.E. ELLEMERS, o.c., p. 30-31.
K. DOBBELAERE, m.m.v. J. BILLIET, Sociologie II, Leuven, 1972, p. 43-47.
J. VERHOEVEN, o.c., p. 4.1-4.5.

De functionele benaderingswijze in de sociologie kent vele varianten. Het is niet de bedoeling van deze paragraaf hiervan een breedvoerig overzicht te geven. Het is daarentegen wel zinvol er die variant uit te lichten die relevant is naar deze studie toe.

Een openblijvende vraag bij de hoger gegeven omschrijving is om welke gevolgen het gaat in de functionele verklaring. Merton (° 1910) en Parsons (1902-1979), twee belangrijke vertegenwoordigers van het functionalisme in de Amerikaanse sociologie, geven hierop enigszins uiteenlopende antwoorden. Voor Merton wordt een sociaal verschijnsel verklaard door de objectief waarneembare gevolgen die het heeft voor de sociale elementen waarmee het in relatie staat. Deze elementen kunnen zowel een meer omvangrijke sociale structuur zijn waarvan het verschijnsel deel uitmaakt, als een kleinere eenheid die er een onderdeel van vormt. Bij Parsons daarentegen is het sociaal systeem het uitgangspunt. De centrale vraag is hoe een bepaald socio-cultureel verschijnsel bijdraagt tot de orde van de samenleving als een geheel. Het begrip 'functie' verwijst hier naar de mogelijke oplossingen die een systeem heeft voor de problemen waarmee het geconfronteerd wordt.

Het is de door Parsons uitgewerkte versie van het functionalisme die hier bijzondere aandacht zal krijgen. Deze keuze kan om verschillende redenen geargumenteeerd worden.

Parsons is één van de belangrijkste vertegenwoordigers van het functionalisme binnen de sociologie. Hij gaf er één van de meest uitgebreide formuleringen van en heeft daarmee een enorme invloed gehad op de hedendaagse sociologie. Alhoewel het een overdreven stellingname is, wordt zijn sociologie vaak bestempeld als de meest zui-

vere, meest typische vorm van functioneel denken (1).

In de evolutie van Parsons' denken is het functionalisme langzamerhand een secundair aspect geworden. Steeds meer is essentieel sprake van een systeemtheoretische analyse. Deze benaderingswijze sluit nauw aan bij de moderne systeemanalyse die de inspiratiebron is van heel wat recent onderzoek op het terrein van ziekte- en gezondheidsgedrag. Zij zal behandeld worden in een afzonderlijke paragraaf 2 van dit hoofdstuk (2).

Verder is Parsons één van de belangrijkste grondleggers van theorievorming en onderzoek binnen de medische sociologie. Er valt nauwelijks een boek of een artikel m.b.t. ziekte- of gezondheidsgedrag te vinden waar Parsons niet het vertrekpunt zou zijn, hetzij positief, hetzij negatief.

Het lijkt er de laatste tijd inderdaad op dat medisch-sociologen zich als het ware verplicht voelen om met Parsons af te rekenen (3). Dit gebeurt evenwel steeds meer zonder veel kennis van Parsons' eigen geschriften (4). Daarom zal hier in de eerste plaats getracht worden Parsons' zienswijze weer te geven aan de hand van zijn eigen teksten, veeleer dan op basis van secundaire documenten. Kritieken zullen dus duidelijk gescheiden behandeld worden.

-
- (1) G. ROCHER, Talcott Parsons en de Amerikaanse Sociologie, Deventer, 1978, p. 158 e.v.
 - (2) A. HOEFNAGEL, "Systeembenadering en Sociologie", in: L. RADEMAKER & H. BERGMAN, (reds.), o.c., p. 169-195.
 - (3) Zie o.m.: M. GOLD, "A crisis of identity: the case of medical sociology", in: Journal of Health and Social Behavior, vol. 18, 1977, p. 160-168.
en: R. FRANKENBERG, "Functionalism and after ?", in: International Journal of Health Services, vol. 4, n° 3, 1974, p. 411-427.
 - (4) U. GERHARDT, How much Parsons ?, Conference of the British Sociological Association, Warwick, 1977, p.1.
U. GERHARDT, The Parsonian Paradigm and the Identity of Medical Sociology, Bedford College, 1978, p. 2.

A. PARSONS : EEN INLEIDING.

Vooraleer in te gaan op Parsons' conceptualisering van gezondheid, ziekte en de zieke-rol, is het zinvol iets meer te zeggen over het breder kader waarbinnen dit dient geplaatst te worden. Daarom zal in deze inleiding toegelicht worden welke zijn wetenschapstheoretische en methodologische uitgangspunten zijn; hoe zijn conceptueel-theoretisch kader er uit ziet (m.a.w. zijn perspectief op de sociale werkelijkheid); en welke plaats hij hiermee inneemt binnen de functionele benaderingswijze.

1. Wetenschapstheoretische en methodologische pretenties.

a. Wetenschapstheoretische uitgangspunten.

Parsons hanteert een tweeledig uitgangspunt wat betreft zijn visie op de verhouding tussen theorie en werkelijkheid, en verzet zich hiermee zowel tegen het historicisme als tegen het empiricisme in de sociologie. Webers invloed is hierbij duidelijk merkbaar.

Wetenschappelijke begrippen en theorie zijn voor Parsons algemeen of generaliserend, in die zin dat ze het bijzondere en unieke van verschijnselen overstijgen. Met deze stellingname verzet hij zich tegen de historische school die stelt dat de menswetenschappen niet tot theorievorming kunnen komen omdat elke beschaving bestaat uit unieke, niet herhaalbare feiten. Theorie is daarentegen voor Parsons een essentiële vereiste voor wetenschappelijkheid (1).

Wetenschap is voor Parsons ook analytisch-deductief van aard. Dit impliceert dat het een mentale reconstructie is van de werkelijkheid aan de hand van conceptuele symbolen die niet zonder meer een afspiegeling zijn van de objectieve wereld. Hiermee verzet hij zich dus tegen een radicaal empiricistische opstelling, waarbij wetenschappelijke kennis uit directe observatie van de feiten kan gehaald worden. Integendeel worden bepaalde elementen en kenmerken geselecteerd en krijgen ze een geprivilegieerde plaats, waardoor waarneming en kennis van de

(1) H. ADRIAANSENS, Talcott Parsons en het Conceptueel Dilemma, Deventer, 1976, p. 23-31.
G. ROCHER, o.c., p. 30-32.

werkelijkheid gestructureerd worden. Elke wetenschap begrijpt namelijk slechts één aspect van de werkelijkheid op efficiënte wijze (1)(2).

Vanuit deze wetenschapstheoretische uitgangspunten kan de centrale plaats van het begrip 'systeem' in Parsons' werk toegelicht worden. Dit begrip verwijst met name naar de interpendente relaties die er bestaan binnen de complexiteit van empirische fenomenen. Deze relaties vertonen een zekere stabiliteit, een zekere orde, in tegenstelling tot toevalsfluctuaties. Parsons nu stelt dat dit systeembegrip als uitgangspunt geldt voor alle wetenschappen: het is de essentiële voorwaarde om te komen tot een algemene en analytische theorie (3).

b. Methodologische uitgangspunten.

Parsons' methodologisch uitgangspunt kan omschreven worden als voluntaristisch. Hiermee pretendeert hij een synthese te vormen op twee methodologische dimensies.

Primo wou hij een standpunt innemen waarbij zowel objectieve, als subjectieve factoren als verklaringsreglementen worden gehanteerd t.a.v. het menselijk handelen. Hij verzet zich hiermee tegen een definitie van de menswetenschappen die enkel aandacht heeft voor objectieve, uitwendige kennis van de werkelijkheid, waarvan het behaviorisme een typische vertegenwoordiger is; evenals tegen een definitie die alle objectieve, externe condities weert, zoals gebeurt in het idealisme (4).

Tegelijkertijd wou hij een synthese bewerkstelligen tussen sociaal-nominalistische- en sociaal-realistische denkvormen. Het sociaal nominalisme kijkt vanuit het individu op naar de overkoepelende structuren (anasco-

(1) G. ROCHER, o.c., p. 30-33.

H. ADRIAANSENS, o.c., p. 32-42.

Verder kan ook verwezen worden naar S.P. SAVAGE, The Theories of T. Parsons, London, 1981. Vooral hoofdstuk 2 is in dit kader relevant.

(2) Dit impliceert dat Parsons ver verwijderd was van de toen in de Amerikaanse sociologie overheersende Chicago-school. Cfr. P. HAMILTON, Talcott Parsons, London, 1983, p. 17.

(3) T. PARSONS, Toward A General Theory of Action, Cambridge, Massachusetts, 1951, p. 107-108.

(4) H. ADRIAANSENS, o.c., p. 51-77.

pisch in de terminologie van de inleiding bij deel 1. Het sociaal realisme daarentegen kijkt vanuit de overkoepelende structuren naar het individu en zijn gedrag (katascopisch). Tegenover deze beide zienswijzen pleit Parsons voor een meer genuanceerde opvatting over de verhouding tussen individu en samenleving. De samenleving is in haar ontwikkeling afhankelijk van het individueel handelen, en tegelijk krijgt het individueel handelen in belangrijke mate gestalte als gevolg van processen waarbij gemeenschappelijke collectieve waarden geïnternaliseerd en geïnstitutionaliseerd zijn (1).

2. Parsons' conceptueel-theoretisch kader.

Parsons' werk wordt meestal in een aantal fasen verdeeld (2 of 3). Het is onmogelijk om in het kader van dit proefschrift hiervan een volledig overzicht te geven. Er zal vooral aandacht besteed worden aan die elementen uit zijn werk die voor het onderwerp van dit proefschrift van belang zijn (2).

Parsons' denken situeert zich op verschillende niveaus van abstractie. Het hoogste niveau van abstractie is dat van de 'algemene handelingstheorie' en zal onder a. behandeld worden. Vanuit dit algemeen kader kan Parsons' visie m.b.t. het sociaal systeem toegelicht worden onder b.

a. De algemene handelingstheorie.

Het formuleren van een algemene handelingstheorie was één van de belangrijkste doelstellingen van Parsons' werk. Het heeft betrekking op dat aspect van het geheel van de gebeurtenissen die zich afspeelt rondom de mens dat het handelen is. In Toward A General Theory of Action wordt hiervan een eerste meer definitieve versie gegeven (1951) (3). Hieraan werden vrij fundamentele wijzigingen aangebracht vanaf de Working Papers in the Theory of Action (1953).

(1) H. ADRIAANSENS, o.c., pp. 77-84.
G. ROCHER, o.c., p. 43-47.

(2) Zoals nog zal blijken is vanuit dit standpunt vooral de middenfase van zijn werk relevant.

(3) Een eerste versie van deze algemene handelingstheorie werd al geformuleerd in 1937, in The Structure of Social Action, waarin een sterke invloed merkbaar was van Weber, Sombart en Marx.
Cfr. T. PARSONS, The Structure of Social Action, New York, 1937.

.../...

Aanvankelijk (1951) was Parsons' analyse-eenheid de 'unit of action', die uiteengelegd wordt in de actors oriëntatie enerzijds en de situatie waarop hij zich oriënteert anderzijds (1). Het fundamentele referentiekader valt dus aanvankelijk uiteen in twee polen: het subjectieve aspect is de oriëntering van een actor (wat zowel een individuele actor als een collectieve entiteit kan zijn); het objectieve aspect is de situatie waarop de actor zich richt. Actie is het proces binnen dit kader waarbij de actor doeleinden nastreeft, gemotiveerd is tot het optimaliseren van de bevediging van zijn behoeften, en dit in relatie tot zijn omgeving; m.a.w. waarbij de omgeving een relevant gegeven is. Dit betekent dus dat elk menselijk gedrag gemotiveerd is en geleid wordt door de betekenissen die de actor in de hem onliggende wereld ontdekt. De oriëntatie van de actor wordt door Parsons in een aantal analytische aspecten uiteengelegd, m.n. de motivationale- en de waarde-oriëntatie. Motivationale oriëntatie verwijst naar het gebruik van 'energie' met het oog op een mogelijke bevrediging van behoeften. De waarde-oriëntatie verwijst naar de waarden, normen en selectiecriteria die de actor hanteert wanneer hij een keuze moet maken.

De omgeving van een actor bestaat uit niet-sociale en uit sociale objecten. Sociale objecten zijn de andere actoren. Door hun aanwezigheid wordt sociaal handelen 'interactie'. Niet-sociale objecten omvatten zowel fysieke objecten (bv. het klimaat), als culturele objecten. Gemeenschappelijk kenmerk van deze twee laatste is dat ze strict genomen niet interacteren met de actoren. Het cruciaal verschil is evenwel dat culturele objecten kunnen worden geïnternaliseerd en op die manier een onderdeel gaan vormen van de actors oriëntatie.

Vanaf 1953 komen er evenwel duidelijke veranderingen in de uitgangspunten en wordt de symbolische handeling als analyse-eenheid genomen. In dit concept worden de vroegere twee polen van actor en situatie samengevat. De handeling is tegelijkertijd de manifestatie van een houding, een oriëntatie van een actor enerzijds, en van een

.../... De veranderingen die daarna tot stand zijn gekomen worden voornamelijk toegeschreven aan de invloed die hij onderging van de Freudiaanse psychologie, de structureel-functionalistische visie van vooral Malinowsky, en van het meer empirisch onderzoek waarin hij inmiddels zelf betrokken was geweest.
Cfr. P. HAMILTON, o.c., p. 28, p. 83 en p. 86.

(1) T. PARSONS, Toward A General Theory of Action, Cambridge, Massachusetts, p. 4-6 en p. 53-109.

situationeel object, d.w.z. een object dat geïnterpreteerd wordt (1).

Overeenkomstig zijn uitgangspunt postuleert Parsons verder dat dit menselijk handelen altijd de kenmerken van een systeem vertoont. Een handeling is nooit een zelfstandige entiteit, maar ze is verbonden met andere handelingen. Deze zogenaamde interdependentie betekent dat er in de relaties tussen de componenten van een systeem een zekere orde bestaat. Het is wellicht aangewezen er hier nogmaals op te wijzen dat het begrip 'handelings-systeem' geen concreet begrip is, maar een mentale reconstructie van de werkelijkheid. Het is een begrip aan de hand waarvan men menselijk gedrag kan bestuderen, maar dat niet beantwoordt aan één of andere concrete werkelijkheid (2).

De opzet van wetenschappelijke kennis is voor Parsons nu de integrale en gelijktijdige benadering van een complex systeem van dynamisch gerelateerde variabelen. Helemaal ziet hij zo'n dynamische analyse, waarbij alle relevante variabelen in hun reciprociteit worden betrokken, vooralsnog niet haalbaar voor gedragswetenschappen. Zijn structureel-functionele analyse is hierbij een voorstel ter vereenvoudiging (3).

Om dit te kunnen realiseren opteert Parsons meerbepaald voor de equilibrium conceptie van het systeem-begrip. Ook hier betekent dit niet dat Parsons zou beweren dat in de empirie slechts evenwichtige systemen voorkomen. Deze equilibrium conceptie gebruikt hij daarentegen als een instrument van kennisverwerving. Aan deze notie van een equilibrium-systeem ligt de veronderstelling ten grondslag dat evenwicht zichzelf handhaaft wanneer er geen evenwichtsverstorende tendenzen optreden. Eveneens wordt bij deze equilibrium-conceptie verondersteld dat de kracht van de evenwichtsverstorende tendenties en evenwichtsherstellende mechanismen gelijk is. Nogmaals dient herhaald dat deze assumpties betrekking hebben op de theoretisch normale situatie, niet op reële empirische situaties (4).

De eerste stap bij een structureel-functionele analysevorm is te zorgen voor betrekkelijk stabiele referentiepunten: de structuur van het systeem bestaat uit de min

-
- (1) T. PARSONS, e.a., Working Papers in the Theory of Action, New York, 1953, p. 31-62.
 - (2) G. ROCHER, o.c., p. 41-43.
 - (3) H.P. ADRIAANSENS, "Parsons' eerste fase", in: Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen, 15, 1972, n^o 1, p. 14.
 - (4) IBID., p. 10-11.

of meer regelmatig verloopende handelingspatronen. Deze structuur wordt gevormd door de cultuurpatronen: de normen en waarden die tegelijkertijd geïnternaliseerd zijn door het individu en geïnstitutionaliseerd zijn in het sociaal systeem (1).

Parsons heeft de factoren die het handelingsstelsel structureren verder geanalyseerd. De cultureel bepaalde handelingspatronen impliceren steeds keuzes, opties. Parsons noemt deze dilemma's de patronen van het handelen. Dit zgn. patroonvariabelen-schema classificeert m.a.w. patronen in de relatie tussen actor en object en bestaat uit vijf dichotomieën. Twee ervan hebben betrekking op de betekenis die het object heeft voor de actor:

- universalisme vs. particularisme: stelt het dilemma of het object zijn betekenis ontleent aan zijn toebehoren tot een bepaalde klasse van objecten, dan wel aan de relatie met de actor;
- kwaliteit vs. prestatie: stelt het dilemma of het object zijn betekenis ontleent aan zijn kwaliteiten dan wel aan zijn activiteiten (toegeschreven - verworven).

Drie patroonvariabelen hebben betrekking op de oriëntatie van de actor :

- affectiviteit vs. affectieve neutraliteit: stelt het dilemma tussen een directe, impulsieve behoeftebevrediging tegenover weloverwogen berekende handelingen;
- specificiteit vs. algemeenheid: stelt het dilemma tussen een zeer specifieke houding t.a.v. het object tegenover een houding die niet afgebakend is tot bepaalde aspecten;
- zelf-oriëntatie vs. collectiviteitsoriëntatie: stelt het dilemma van het eigen belang tegenover het belang van de collectiviteit (2).

Naast de structuurelementen omvat een handelingsstelsel ook elementen die niet als min of meer constant kunnen beschouwd worden: deze laatste noemt hij de processen van het handelingsstelsel. Gezien zijn uitgangspunt er één is van een stelsel in evenwicht betreft het hier evenwichtsversturende tendenzen enerzijds, evenwichtsherstellende mechanismen anderzijds (3).

Parsons' structureel-functioneel model bestaat er uiteindelijk in dat zowel structuren als processen worden bekeken op hun functionele significantie voor het stelsel (4).

-
- (1) G. ROCHER, o.c., p. 45-47.
 - (2) T. PARSONS, Towards A General Theory of Action, Cambridge, Massachussets, 1951, p. 76-79.
 - (3) H.P. ADRIAANSEN, o.c., p. 15.
 - (4) IBID., p. 14-15.

Wil een systeem blijven voortbestaan moet het namelijk een oplossing vinden voor een aantal systeemproblemen.

De definitieve formulering van deze functionele vereisten kwam eveneens pas later, nl. in 1953 tot stand. Op basis van zijn nieuwe omschrijving van de analyse-eenheid komt hij tot een nieuwe formulering van de patroonvariabelen. Bovendien slaagt hij erin deze nieuwe inzichten te combineren met het werk van R. Bales m.b.t. de functionele problemen waarvoor de leden van kleine groepen een oplossing moeten vinden.

Vanuit het nieuwe perspectief van de symbolische handeling leek het mogelijk relaties te vinden tussen de verschillende patroonvariabelen. Op dit overkoepelende niveau bleken een aantal variabelen te verwijzen naar identieke aspecten van de handeling. Zo wijzen affectiviteit en prestatie naar directe behoeftebevrediging, terwijl affectieve neutraliteit en kwaliteit verwijzen naar indirecte behoeftebevrediging. De combinatie van deze twee patroonvariabelen resulteert dus op het niveau van het handelen in een nieuwe variabele waarvan de twee waarden gevormd worden door direct behoeftebevredigend handelen enerzijds, instrumenteel handelen anderzijds. Verder verwijzen particularisme en diffuusheid naar de interne omgeving van het handelen, terwijl universalisme en specificiteit de externe relatie van het systeem met zijn omgeving benoemen. De combinatie van deze twee patroonvariabelen resulteert zodoende ook in een nieuwe variabele, waarvan de twee waarden de interne omgeving en de relatie van het systeem met zijn externe omgeving zijn. Uiteraard is vanaf dit moment de term 'patroonvariabelen' niet meer op zijn plaats. Op het overkoepelende niveau van de symbolische handeling verwijzen deze twee nieuwe variabelen naar de dimensies waarop het handelingsstelsel in verschillende aspecten kan worden gedifferentieerd (1).

De formulering van de functionele problemen ontleende Parsons, zoals gezegd, van Bales. Hij situeert ze op de twee zojuist genoemde assen, zodat zijn classificatie van de fundamentele functionele problemen overeenkomt met zijn classificatie van het handelingsstelsel. Hij noemt ze aanpassing, doelbereiking, latentie en integratie (2).

- 'aanpassing' omvat die aspecten van het handelen die erop gericht zijn het systeem aan de eisen en de beperkingen van de omgeving aan te passen evenals deze waar-

(1) T. PARSONS, e.a., Working Papers in the Theory of Action, New York, 1953, p. 58-62 en p. 81-83.

(2) IBID., p. 63-109.

bij het systeem zijn omgeving controleert, gebruikt en aanpast aan de eigen behoeften.

- 'doelbereiking' heeft betrekking op het bepalen van doeleinden en het mobiliseren en toewijzen van middelen om ze te bereiken.
- 'integratie' verwijst naar die aspecten van het handelen die de samenhang tussen de verschillende onderdelen van het systeem coördineren en handhaven.
- 'latentie' verwijst naar die aspecten die de motivatie van de actor op peil houden (1).

Deze nieuwe variabelen formuleren dus niet het gedrag vanuit de oriëntatie van de actor enerzijds en de betekenissen van het object anderzijds, maar vanuit de gezichtshoek van het systeem (2).

Schema

extern intern	middelen	doelen
	aanpassing latentie	doelbereiking integratie

Via dit schema onderscheidt Parsons vervolgens vier subsystemen binnen het algemeen handelingssysteem (3) :

- het gedragssysteem vervult de functie van adaptatie;
- het persoonlijkheidssysteem beantwoordt aan de functie van doelbereiking;
- het cultureel systeem beantwoordt aan de functie van latentie;
- het sociaal systeem beantwoordt aan de functie van integratie.

Op het einde van zijn carrière is Parsons o.m. geïnteresseerd geraakt in de relaties tussen diverse actiesystemen en ontwikkelt hij een cybernetisch model waarbij sociale veranderingen worden gecontroleerd door het cultureel systeem. Verder ging zijn aandacht ook steeds meer naar de professies en naar complexe organisaties (4)(5).

-
- (1) H.P. ADRIAENSENS, T. Parsons en het Conceptueel Dilemma, Deventer, 1976, p. 152.
 - (2) H.P. ADRIAENSENS, "Parsons' tweede fase", in: Sociale Wetenschappen, 15, 1972, n° 4, p. 243.
 - (3) H.P. ADRIAENSENS, T. Parsons en het conceptueel dilemma, Deventer, 1976, p. 155.
 - (4) P. HAMILTON, o.c., p. 29, p. 49-51, p. 115-128.
 - (5) Parsons was zich inmiddels bewust geworden van de kritiek op zijn werk als zou het ongeschikt zijn voor de analyse van conflict, macht en sociale verandering.

b. Het sociaal systeem.

Zoals Parsons' handelingstheorie een evolutie doormaakte, is dit eveneens het geval voor zijn theorie m.b.t. het sociaal systeem. Een eerste versie hiervan kan gevonden worden in The Social System (eveneens in 1951). De nieuwe inzichten werden o.m. verwerkt in Economy and Society (1956).

In 1951 - een moment waarop de vier subsystemen nog niet allemaal en zeker nog niet eenduidig waren omschreven - omvatte Parsons' definitie van het sociaal systeem dat aspect van het menselijk handelen dat betrekking heeft op de interactie met de andere actoren (1). Omwille van deze interactie krijgt de oriëntatie van de actor op de situatie hier een extra dimensie. De verwachtingen van de actor bestaan hier namelijk vaak in aanzienlijke mate uit de mogelijke reacties van de anderen op de handelingen van de actor. Zoals hoger reeds vermeld worden de objecten waarmee de actor in contact komt steeds waargenomen, geïnterpreteerd en geëvalueerd via symbolen. Door de sociale interactie worden deze symbolen een gemeenschappelijke cultuur (2). Alhoewel er nogal wat onduidelijkheid bestaat wat betreft de analyse-eenheid, wordt de status-rol toch het meest genoemd en omschreven als de participatie van de actor in gestructureerde interactie. Status verwijst hierbij naar het positionele aspect, waarbij elke actor een object van oriëntatie is voor de anderen en voor zichzelf. Rol verwijst daarentegen naar het proceskarakter, waarbij elke actor georiënteerd is naar andere actoren (3); het is dat aspect van de actors oriëntatie dat betrekking heeft op de interactie met andere actoren (4). Het gaat m.a.w. om de verwachtingen die een actor heeft m.b.t. het gedrag van de andere actoren, waarbij deze verwachtingen gebaseerd zijn op waarden, normen en sancties (5).

Opnieuw vertrekt Parsons van de assumptie van een systeem in evenwicht. Zijn structureel-functionele benaderingswijze vertrekt ook hier dus van de structuur van het sociaal systeem, die gelet op het voorgaande, primair bestaat uit een structuur van rollen. Evenwicht

- (1) T. PARSONS, The Social System, London, 1951, p. 3-5.
- (2) IBID., p. 5.
- (3) IBID., p. 24-26.
T. PARSONS, e.a., Toward A General Theory of Action, Cambridge, Massachusetts, 1951, p. 23.
- (4) H.P. ADRIAANSENS, T. Parsons en het Conceptuele Dilemma, Deventer, 1976, p. 109.
- (5) G. ROCHER, o.c., p. 67-68.

impliceert hier derhalve een integratie van rolverwachtingspatronen: d.w.z. dat er een maximale complementariteit / wederkerigheid is van verwachtingen en sancties (1).

Parsons zelf formuleert het als volgt :

"An established state of a social system is a process of complementary interaction of two or more individual actors in which each conforms with the expectations of the other(s) in such a way that alter's reactions are positive sanctions which serve to reinforce his given need-dispositions and thus to fulfill his given expectations" (2).

Opvallend hierbij is dat de evenwichtsidee hier beperkt wordt: rolverwachtingen zijn maar verenigbaar wanneer ze gekoppeld zijn aan positieve sancties (het geïnstitutionaliseerd conflict wordt hiermee uitgesloten). Hierin ligt de basis van het veelgehoorde verwijt dat Parsons een orde-socioloog zou zijn (3).

De verklaring van deze orde in het sociaal systeem ligt dan uiteindelijk in het feit dat de actoren gemeenschappelijke waarden hebben (4).

Parsons heeft de structuur van het sociaal systeem verder beschreven aan de hand van de hoger reeds beschreven patroonvariabelen. Deze betekenen hier dus een classificatie van dat gedeelte van de actors oriëntatie op de situatie dat als een rol kan worden bestempeld (5).

Deze theoretische assumptie van het volledig geïntegreerd evenwichtssysteem is het uitgangspunt voor de meer dynamische analyse. Deze analyse van de processen van het sociaal systeem is van groot belang voor de verdere uiteenzetting.

Uitgangspunt voor deze dynamische analyse is dus de theoretische assumptie van het volledig geïnstitutionaliseerde evenwichtssysteem. De centrale vraagstelling richt zich derhalve op de tendenzen die dit evenwicht verstoren enerzijds en op de mechanismen die tot de stabilisering van het systeem bijdragen, anderzijds. Deze tendenzen en mechanismen vallen uiteen in twee categorieën.

-
- (1) H.P. ADRIAANSENS, o.c., p. 119.
 - (2) T. PARSONS, The Social System, London, 1951, p.204-205.
 - (3) H.P. ADRIAANSENS, "Parsons' eerste fase", in: Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen, 15, 1972, n°1, p. 18.
 - (4) H.P. ADRIAANSENS, o.c., p. 20.
 - (5) H.P. ADRIAANSENS, T. Parsons en het Conceptueel Dilemma, Deventer, 1979, p. 110.
T. PARSONS, o.c., p. 180-200.

Een eerste tendens tot verstorning ligt in het feit dat nieuwe actoren niet automatisch beschikken over de geëigende kennis betreffende rolgedrag in verschillende situaties. Het hierbij behorende mechanisme dat het evenwicht herstelt is derhalve het proces van socialisering.

Een tweede tendens tot verstorning van het evenwicht noemt Parsons het afwijkend gedrag. In dit geval zijn de sociale controlemechanismen de processen die het evenwicht trachten te herstellen. Hoe afwijkend gedrag ontstaat en op welke manier sociale controle hierbij het evenwicht kan herstellen zal hieronder nader toegelicht worden. Inderdaad beschouwt Parsons ziekte als één vorm van afwijkend gedrag. De specifieke controlemechanismen zijn de zieke-rol en de rol van de medisch deskundige (1).

B. PARSONS' CONCEPTUALISERING VAN GEZONDHEID, ZIEKTE EN ZIEKE-ROL.

De conceptualisering die Parsons van deze begrippen heeft gegeven zijn van groot belang geweest voor de ontwikkeling van de medische sociologie. Over ziekte- en gezondheidsgedrag is slechts weinig verschenen, waarin geen verwijzing naar Parsons zou voorkomen, ook al zijn die dan meestal negatief.

Deze afrekening a.h.w. gebeurt niet zelden zonder kennis van Parsons' werk. Men baseert zich inderdaad meestal op wat anderen over Parsons hebben geschreven. Hooguit wordt hoofdstuk 10 uit *The Social System* vermeld in de literatuurlijst, maar de weergave ervan is bijna altijd een verminking. Van de andere artikelen die Parsons aan het onderwerp heeft besteed wordt meestal abstractie gemaakt.

(1) T. PARSONS, *The Social System*, London, 1951, p. 201-205.

Om al deze redenen zal in dit onderdeel in de eerste plaats uitgegaan worden van wat Parsons zelf heeft geschreven aangaande dit thema. De critici zullen aan bod komen in een volgend deel.

1. Ziekte als een vorm van afwijkend gedrag.

Parsons geeft meermaals omschrijvingen van ziekte en gezondheid. In The Social System luidt zijn definitie van 'illness' als volgt:

"Illness is a state of disturbance in the normal functioning of the total human individual, including both the state of the organism as a biological system and of his personal and social adjustments. It is thus partly biologically and partly social defined". (1)

Hiermee is Parsons de eerste die ziekte als een sociologisch concept hanteerde, door het te plaatsen binnen de meer algemene categorie van afwijkend gedrag.

Parsons omschrijft afwijkend gedrag zowel vanuit het perspectief van het persoonlijkheidssysteem, als vanuit het perspectief van het sociaal systeem. Vanuit het perspectief van de individuele actor is deviantie de gemotiveerde tendens zich niet conform te gedragen met het geïnstitutionaliseerde normenpatroon. Vanuit het perspectief van het sociaal systeem is het de tendens van één of meerdere actoren zich zo te gedragen dat het evenwicht van het interactiesysteem verbroken wordt (2).

De motivaties tot afwijkend gedrag zijn een product van interactieprocessen. Zowel in de actor als binnen de situatie zijn factoren aanwezig die het evenwicht kunnen in gevaar brengen; die er m.a.w. toe leiden dat de weder-

(1) T. PARSONS, The Social System, London, p. 431.

(2) IBID., p. 250.

kerigheid van de gedragsverwachtingen niet meer is geborgd. Deze spanningen kunnen leiden tot een ambivalente motivatiestructuur en tot ambivalente defensiemechanismen die aan de basis liggen van een vicieuze cirkel in de interactie tussen twee actoren. Deze vicieuze cirkel nu ziet hij als het fundamentele paradigma voor het ontstaan van motivatie tot afwijkend gedrag (1).

Parsons onderscheidt richtingen waarin een deviantie

oriëntatie zich kan ontwikkelen, en dit op drie assen:

- overwicht van 'conformiteit' versus overwicht van 'aliënatie' in de ambivalente motivatiestructuur;
- overwicht van 'activiteit' versus overwicht van 'passiviteit';
- overwicht van 'oriëntatie op sociale objecten' versus overwicht van 'oriëntatie op waardepatronen'.

In het specifieke geval van illness komt het accent - voor wat betreft de eerste twee assen - te liggen op 'aliënatie' en op 'passiviteit'. De combinatie van deze twee factoren noemt hij 'withdrawal' (2).

Elk deviant gedrag impliceert elementen van een regressieve motivatiestructuur. Voor verschillende vormen van deviantie komt de nadruk te liggen op verschillende factoren van psychologische regressie. In het specifieke geval van ziekte ligt het accent op de resten van de preoedipale moeder-kind-relatie en gaat het dus om aliëntatie van verwachtingen waarbij sterk de nadruk wordt gelegd op onafhankelijke prestaties. Hiermee wordt bedoeld dat de afhankelijkheidsbehoeften die normaal slechts latent aanwezig zijn bij de volwassene, in het geval van

(1) T. PARSONS, o.c., p. 251-256 en p. 267-283.

(2) IBID., p. 256-259.

T. PARSONS, "Definitions of health and illness in the light of American values and social structure", in: E. JACO (ed.), Patients, Physicians and Illness, New York, 1958, p. 183-184.

ziekte daarentegen een belangrijke manifeste motivatiefactor worden (1).

De laatste van de drie hogergenoemde assen hanteert Parsons als één van de onderscheidingscriteria aan de hand waarvan hij types van afwijkend gedrag omschrijft. Het tweede criterium heeft betrekking op het onderscheid tussen een globale verstoring tegenover een verstoring van specifieke, duidelijk omschreven verwachtingen. Op basis van beide criteria onderscheidt hij vier types van afwijkend gedrag: ziekte als onvermogen om rollen en taken te vervullen, gebrek aan loyaliteit als onvermogen om specifieke verwachtingen te beantwoorden, zonde als onvermogen om de waarden van de samenleving te aanvaarden, en misdaad als onvermogen om de normen en de wetten te respecteren. Dit alles kan worden samengevat in volgend schema (2) :

Schema: types van deviantie.

	globale verstoring	verstoring van specifieke ver- wachtingen
situationele focus	illness	disloyalty
normatieve focus	sin	crime

Omwille van de nadruk die in de moderne Amerikaanse samenleving wordt gelegd op activiteit, materialisme en instrumentalisme, evenals omwille van de sterke spanningen waaraan het moderne Amerikaanse gezin onderhevig is, ligt in deze samenleving het accent duidelijk op illness als vorm van afwijkend gedrag (3).

- (1) T. PARSONS, "Definitions of health and illness in the light of American values and social structure", in: E. JACO (ed.), o.c. p. 184.
- (2) IBID., p. 178-181.
- (3) IBID., p. 170-174.
T. PARSONS & R. FOX, "Illness, therapy and the modern urban family", in: E. JACO (ed.), o.c., p. 236.

Vanuit deze duidelijke afbakening van ziekte als één vorm van deviantie omschrijft hij gezondheid als volgt:

"the state of optimum capacity of the individual for the effective performance of the roles and tasks for which he has been socialized" (1).

Waaruit zijn definitie van ziekte volgt als:

"The impairment of the individual's capacity for effective performance of social roles and of these tasks which are subject to role-expectations" (2).

Of nog:

"the generalized disturbance of the capacity of the individual for normally expected task or role-performance" (3).

De verschillende hiervoor gaande definities maken ook in toenemende mate duidelijk dat ziekte niet kan gereduceerd worden tot een louter biologisch-fysische aangelegenheid.

Reeds in The Social System is Parsons' uitgangspunt dat ziekte niet altijd en uitsluitend iets is dat mensen overkomt als een extern gevaar. Anders geformuleerd betekent dit dat ziekte niet kan beschouwd worden als een element dat enkel deel uitmaakt van het situationeel aspect van het menselijk handelen. Immers ziekte kan ook beschouwd worden als de uitdrukking van gemotiveerd gedrag (afwijkend gedrag). Motivatiefactoren kunnen een rol spelen in de etiologie van vele aandoeningen (4).

-
- (1) T. PARSONS, "Definitions...", in: E. JACO (ed.), o.c., p. 176.
 - (2) T. PARSONS, "Some reflections on the problem of psychosomatic relationships in health and illness", in: T. PARSONS (ed.), Social Structure and Personality, New York, 1964, p. 112.
 - (3) T. PARSONS, "Definitions...", in: E. JACO (ed.), o.c., p. 176.
 - (4) T. PARSONS, The Social System, London, 1951, p. 430-431.

Het is Parsons bij het schrijven van The Social System evenwel nog niet mogelijk een duidelijk onderscheid te maken tussen somatische en psychische aandoeningen.

Dat heeft o.i. voornamelijk te maken met het feit dat hij in deze fase van zijn werk de verschillende subsystemen van het handelen nog niet duidelijk had onderscheiden. De latere definities die Parsons van gezondheid en ziekte heeft gegeven maken dit onderscheid wel duidelijker. Inderdaad blijkt uit deze definities dat Parsons twee aspecten onderscheidt, nl. :

- enerzijds defecten in het vervullen van rollen, wat impliceert dat de persoonlijkheid er niet in slaagt haar gedrag in overeenstemming te brengen met de geinstitutionaliseerde verwachtingen door internalisatie verworven tijdens het socialisatieproces;
- anderzijds defecten in het vervullen van taken, d.w.z. in de fysische operaties van het organisme.

Het eerste aspect noemt hij geestesziekte, het tweede aspect somatische aandoening. Het analytisch onderscheid dat Parsons in zijn later werk maakt tussen persoonlijkheid en organisme treedt hier dus duidelijk naar voren.

Wellicht is het toch nodig nogmaals te herhalen dat het hier gaat om een 'analytisch' onderscheid, dus niet om in de werkelijkheid te onderscheiden realiteiten. Het organisme is dat aspect dat gebaseerd is op erfelijke constitutie en op conditionerende processen van de fysische omgeving. De persoonlijkheid omschrijft Parsons als het aspect van de mechanismen die het gedrag controleren, dat gebaseerd is op socialisatie- en op sociale interactieprocessen. Belangrijk hierbij is dat het functioneren van de persoonlijkheid wel degelijk ook fysiologische processen impliceert. Het mentaal niveau is dus geen afzonderlijke werkelijkheid, maar essentieel een verschillend organisatieniveau, waarvan de componenten niet-mentaal zijn. Dit impliceert meteen

dat geestesziekten al evenmin kunnen beschouwd worden als epi-fenomenen van fysiologische en biologische processen. Deze zienswijze, die dus de interpenetratie van persoonlijkheid en organisme impliceert, is voor Parsons de voorwaarde om psychosomatische verschijnselen inzichtelijk te maken (1).

2. De zieke-rol en de rol van de medisch-deskundige als mechanismen van sociale controle.

De specifieke mechanismen die in geval van ziekte het evenwicht terug moeten herstellen zijn de zieke-rol en de rol van de medisch-deskundige (2).

a. De zieke-rol.

Parsons typeert de zieke-rol aan de hand van de volgende vier kenmerken, die een aantal rechten en een aantal plichten impliceren:

Primo is er de vrijstelling van de normale rolverplichtingen, in een mate die afhankelijk is van de aard en de ernst van de aandoening. Deze vrijstelling dient te worden gelegitimeerd, voornamelijk om simulering van ziekte te vermijden. In deze legitimatie speelt de arts meestal een belangrijke rol.

Ten tweede is er de vrijstelling van de verantwoordelijkheid voor zijn toestand. Weliswaar kan de betrokkene zelf in min of meerdere mate enige verantwoordelijkheid hebben voor zijn ziekte-toestand, maar eens het zo-ver is, wordt hij niet verondersteld enkel door zijn eigen wil weer beter te kunnen worden. Dit kenmerk van

(1) T. PARSONS, "Definitions...", in: E. JACO (ed.), o.c., p. 166-167.

(2) T. PARSONS, The Social System, London, 1951, p. 477.

de zieke-rol legt dus duidelijk de brug naar de noodzaak van therapeutische hulp.

Deze twee rechten zijn voorwaardelijk want de zieke wordt vooreerst geacht zijn toestand als ongewenst te beschouwen. De betrokkene heeft de verplichting te willen beten worden.

Tenslotte is de betrokkene verplicht - voor zover de genezing niet tot stand komt via natuurlijke krachten - competente hulp te zoeken (meestal een arts) en hiermee samen te werken met het oog op het genezingsproces (1).

De zieke-rol is zodoende een controlemechanisme waardoor twee belangrijke gevaren verbonden aan afwijkend gedrag worden bestreden, namelijk groepsvorming en het succesvol claimen van legitimiteit. Inderdaad is duidelijk dat de zieke-rol slechts een voorwaardelijke legitimiteit impliceert: aan de vrijstelling van verantwoordelijkheid voor zijn toestand en de vrijstelling van normale rolverplichtingen zijn twee voorwaarden verbonden, namelijk de wil om weer beter te worden en hiervoor competentie hulp te zoeken. Deze voorwaardelijke legitimiteit plaatst de betrokkene in een afhankelijke positie van niet-zieken, wat hen dus isoleert van lotgenoten. De functies van dit isolatiemechanisme zijn zowel negatief als positief. Negatief bekeken wordt hierdoor groepsvorming vermeden en dus het gevaar van een te vlugge verspreiding van de motivaties tot afwijkend gedrag.

-
- (1) T. PARSONS, The Social System, London, 1951, p. 436-437.
T. PARSONS, "Definitions...", in: E. JACO (ed.), o.c., p. 175-176.
T. PARSONS, "Illness and the role of the physician", in: C. KLUCKHOHN & H.A. MURRAY (eds.), Personality in Nature, Society and Culture, New York, 1953, p. 613.

Positief wordt hiermee een duidelijke aanzet gegeven tot genezing en dus tot reïntegratie (1).

Verder beschrijft Parsons de zieke-rol aan de hand van zijn patroonvariabelen. De zieke-rol is vanuit dit perspectief:

- toegeschreven: het is geen rol die men krijgt door eigen prestaties;
- universalistisch: algemene, objectieve criteria bepalen of men al of niet ziek is, hoe ziek men is en welke soort ziekte men heeft;
- affectief neutraal: het verwachte gedrag - trachten beter te worden - is gericht op een in principe objectief probleem;
- functioneel specifiek: het betreft alleen de sfeer van ziekte en gezondheid;
- collectiviteitsoriëntatie: het inroepen van een arts betekent dat hij de verplichting opneemt om samen met de arts genezing te zoeken (2).

b. De rol van de arts.

Parsons karakteriseert de rol van de arts aan de hand van de elementen die hij karakteristiek acht in elk sociaal controlemechanisme.

Primo hanteert de therapeut een zekere toegeeflijkheid t.a.v. de patiënt om zijn deviante ideeën, wensen en fantasieën - in dit geval meer bepaald zijn afhankelijkheidsbehoefte - uit te drukken. Dit volgt o.m. uit het

-
- (1) T. PARSONS, "Definitions of health and illness...", in: E. JACQ (ed.), o.c., p. 177-178.
T. PARSONS & R. FOX, "Illness, therapy...", in: IBID., p. 242-243.
T. PARSONS, The Social System, London, 1951, p. 312-313.

(2) IBID., p. 438.

feit dat de zieke niet verantwoordelijk wordt geacht voor zijn toestand en het blijkt o.m. uit de tijdelijke vrijstelling van een aantal rolverplichtingen.

Eveneens belangrijk is het ondersteuningselement, waarbij de arts alles in het werk stelt om de patiënt te helpen.

De twee eerste elementen ondergraven a.h.w. de aliënatie-component van het motivatie-aspect in de ziekte van de betrokkene. Het is inderdaad moeilijk zich geallieerd te voelen t.a.v. iemand die zo tegemoetkomend is.

Om evenwel de deviante motivationele oriëntatie van de patiënt de transformeren moeten deze toegeeflijkheid en ondersteuning aangevuld worden met andere elementen.

Ten eerste mag de therapeut niet tegemoet komen aan de verwachtingen die de patiënt uitdrukt in zijn afwijkende wensen en fantasieën. Dit wordt gerealiseerd door een strict professionele attitude vanwege de arts.

De combinatie van dit laatste element met de twee voorgaande veroorzaakt uiteraard conflicten bij de patiënt. Vandaar is er sprake van een laatste element, nl. de manipulatie van sancties door de therapeut; in casu voornamelijk het al of niet geven van positieve sancties (1).

Ook deze professionele rol beschrijft hij aan de hand van de patroonvariabelen:

- functioneel specifiek: de arts beperkt zich tot het terrein waarop hij deskundig is;
- affectief neutraal: de arts mag niet emotioneel betrokken geraken bij zijn patiënten;

(1) T. PARSONS, The Social System, London, 1951, p. 314.
T. PARSONS, "Definitions...", in: E. JACO (ed.),
o.c., p. 185.

- universalistisch: de arts richt zich niet op specifieke kenmerken van zijn patiënten, maar op die pathologische kenmerken die hem gelijk stellen met andere patiënten;
- prestatie-georiënteerd;
- collectiviteitsoriëntatie: de arts moet het belang van de patiënt laten primeren boven het eigenbelang (1).

Parsons onderkent duidelijk dat in andere samenlevingsvormen, maar vroeger ook in onze westerse samenleving, de zorg voor zieken veeleer lag bij de familie (2). De ontwikkeling van gespecialiseerde medische voorzieningen, en daarmee samenhangend het verminderd aandeel van de familie in het genezingsproces, schrijft hij niet alleen toe aan de technologische ontwikkelingen van de moderne geneeskunde. Parsons toont aan dat, gelet op de specifieke kenmerken van de Amerikaanse stadsfamilie, het in drie opzichten functioneel is voor de Amerikaanse samenleving om de zorg voor de zieken in grote mate buiten het gezin te houden. Ten eerste wordt het gezin beschermd tegen de ontwrichtende gevolgen van een ziek lid. Ten tweede worden de positieve functies van de zieke-rol als mechanisme van sociale controle bevorderd. Ten derde wordt het therapeutisch proces vergemakkelijkt, niet alleen op technologisch-, maar ook op motivationeel vlak.

-
- (1) T. PARSONS, The Social System, London, 1951, p. 454 e.v.
 - (2) T. PARSONS & R. FOX, o.c., p. 234-245.

C. PARSONS EN ZIJN CRITICI.

Het is niet de bedoeling in dit punt een synthese te brengen van de kritieken geformuleerd op het functionalisme. Dit zou ons te ver leiden. Er werd hoger trouwens reeds gewezen op het specifieke karakter van Parsons' functionalisme. Wel zal getracht worden - in een eerste stap - de belangrijkste controversen m.b.t. Parsons' visie samen te vatten, en - in een tweede stap - meer uitgebreid aandacht te besteden aan de kritieken op zijn opvattingen m.b.t. ziekte, gezondheid en de zieke rol.

1. Algemene kritiek op Parsons' werk.

Nemen we als vertrekpunt de negatieve reacties op Parsons' globale werk. Wat er in de jaren '50 en '60 bijgeschreven is aan kritiek op Parsons lijkt wel een necrologie van zijn werk te zijn (1). Voorbeelden zijn Martindale, Dahrendorf, Mills en Gouldner. Het is pas meer recent dat auteurs zoals Röcher, Adriaenssens, Savage en Hamilton voor wat tegengewicht hebben gezorgd. Uit de globale discussie zullen hieronder die elementen worden geselecteerd die van enige relevantie zijn voor de meer specifieke kritiek die in een volgend punt wordt besproken.

Veel negatieve kritiek op Parsons is gericht tegen zijn visie waarin het menselijk handelen volledig wordt gedetermineerd door de instituties en waar derhalve geen plaats is voor enige motivationele gerichtheid van de actor. Het individu rest m.a.w. niets anders dan zich te schikken naar de alles bepalende gemeenschappelijke waarden.

De critici, in het bijzonder Martindale (2), stellen hierbij een evolutie vast: waar Parsons' aanvankelijk werk gekenmerkt kan worden als sociaal behaviourisme

-
- (1) H.P.M. ADRIAENSENS, Parsons en het Conceptueel Dilemma, Deventer, 1976, p. 219.
 - (2) D. MARTINDALE, "T. Parsons' theoretical metamorphosis from social behaviorism to macrofunctionalism", in: Alpha Kappa Delta, Winter 1959, p. 38-46.

sterk bij Weber aanleunend, evolueerde hij naar een duidelijk sociaal-realisme in "The Social System".

Andere auteurs (1) stellen daarentegen dat het reeds van bij de aanvang van Parsons' werk de bedoeling was te komen tot een nominalisme-realistie dialectiek. Zij zijn bovendien de mening toegedaan dat dit opzet in de evolutie van zijn werk steeds beter is gerealiseerd.

Ook Dahrendorf, Mills, Lockwood, Gouldner en Wrong (2) richten zich tegen de overschatting van de rol der waarden in het sociale leven. Ze verwijten Parsons een voorstelling van het sociaal systeem waar orde, consensus en harmonie primeren. Hierbij baseren zij zich meestal op het feit dat Parsons aan het sociaal systeem in evenwicht een tendens tot zelfhandhaving heeft toegeschreven, waarbij evenwicht wordt gedefinieerd in termen van volledige complementariteit.

Daartegenover stelt o.m. Adriaensens dat Parsons deze equilibrium-conceptie heeft geponeerd als een theoretische assumptie, daar waar het door de critici wordt geïnterpreteerd als een empirische realiteit. Reeds in "The Social System" wordt de instabiliteit van concrete samenlevingen benadrukt. Dominante waarden zijn het uitgangspunt van een analyse erop gericht vast te stellen waarom dit evenwicht nooit volledig wordt gerealiseerd. Parsons' evenwichtsassumptie moet het juist mogelijk maken om de grilligheid van het handelen in de greep te krijgen. Zijn analyse is er op gericht na te gaan waarom de dominante waarden in de praktijk nooit gerealiseerd worden (3).

-
- (1) H.P.M. ADRIAENSENS, o.c.
S.P. SAVAGE, The Theories of T. Parsons, London, 1981.
G. ROCHER, T. Parsons en de Amerikaanse Sociologie, Deventer, 1978.
 - (2) D. LOCKWOOD, "Some Remarks on the Social System", in: British Journal of Sociology, 1956, p. 134-146.
R. DAHRENDORF, "Out of Utopia: toward a reorientation of sociological analysis", in: A.J.S., 1958, p. 115-127.
C.W. MILLS, The Sociological Imagination, New York, 1959.
D. WRONG, "The oversocialized conception of man in modern sociology", in: A.S.R., 1961, p. 183-193.
A. GOULDNER, The Coming Crisis of Western Sociology, New York, 1970.
 - (3) H.P.M. ADRIAENSENS, o.c., p. 218 e.v.

Bij wijze van voorloperig besluit kan in elk geval vermeld worden dat heel wat kritiek op Parsons tenminste gedeeltelijk te maken heeft met een verkeerd begrip van zijn wetenschappelijke pretenties.

2. Kritiek op Parsons' formuleringen van ziekte, gezondheid en de ziek-rol.

De meeste critici trekken de meer globale kritiek op Parsons' werk door op het specifieke vlak der medische sociologie.

Auteurs zoals Frankenberg, Johnson en Gold bestempelen grote gedeelten der medische sociologie als conservatief omdat ze gebaseerd zijn op het Parsoniaans paradigma van ziekte (1). Deze critici distilleren uit Parsons' werk een visie op ziekte als de onbekwaamheid om taken en rollen te vervullen. Op basis hiervan verwijten ze hem vervolgens enkel aandacht te hebben voor de harmonie in de samenleving. Zoals vroeger reeds bleek dat de algemene kritiek op zijn werk abstractie maakte van belangrijke delen eruit, geldt hetzelfde voor de meer specifieke kritiek. Met hun kritiek op wat men het deviantie-perspectief op ziekte noemt, reppen deze critici namelijk met geen woord over de hierbij door Parsons gehanteerde verklaringen. Dit betekent m.a.w. dat Parsons' conceptualisering van ziekte als een antwoord op stress tengevolge van de frustraties die rolconformiteit met zich kan meebrengen, over het hoofd wordt gezien. Ook in het specifieke geval van ziekte ziet men

-
- (1) R. FRANKENBERG, "Functionalism and after? Theory and developments in social science applied to the health field", in: International Journal of Health Services, 1974, n° 3, p. 411-427.
M. JOHNSON, "Medical sociology and sociological theory", in: Social Science and Medicine, 1975, p. 227-232.
M. GOLD, "A crisis of identity: the case of medical sociology", in: Journal of Health and Social Behaviour, 1977, p. 160-168.

121 dus het motivatie-aspect in Parsons' werk over het hoofd. Nochtans zit juist hier de mogelijkheid om ziekte ook te zien als een element van protest, van conflict in de samenleving (1).

Sommige critici geven een meer concrete argumentering om Parsons' conceptualisering als conservatief te bestemmen. Zo schrijven Gold en Idler (2) dit conservatief karakter toe aan het feit dat Parsons' omschrijving van de zieke-rol een legitimering door medisch deskundigen impliceert. Zij bekritisieren m.a.w. het feit dat Parsons' functionalistisch perspectief aan de geneeskunde dezelfde definiërende macht geeft als deze die de geneeskunde zichzelf toekent. Dit heeft inderdaad zware gevolgen gehad voor de verdere ontwikkeling van de medische sociologie. Vele onderzoekers hebben zich tengevolge hiervan beperkt tot de studie van de sociale gevolgen van medisch gedefinieerde aandoeningen. Toch heeft ook deze kritiek op Parsons' werk gedeeltelijk te maken met een selectieve lectuur ervan. Zoals uit het voorgaande reeds is gebleken was Parsons' omschrijving van de zieke-rol slechts één element uit zijn conceptualisering, die moet onderscheiden worden van zijn omschrijvingen van ziekte en gezondheid.

Gallagher heeft gewezen op een ander gevolg van deze overwaarding van de rol der medisch deskundigen. Hierdoor wordt zijn inziens te weinig aandacht besteed aan de potentiële therapeutische invloed van familie en andere lekennetwerken (3). Hierbij valt op te merken dat

-
- (1) U. GERHARDT, The Parsonian Paradigm and the Identity of Medical Sociology, Bedford College, Social Research Unit, November 1978.
 - (2) E.L. IDDLER, "Definitions of health and illness and medical sociology", in: Social Science and Medicine, 1979, p. 723-731.
 - (3) E.B. GALLAGHER, "Lines of reconstruction and extension in the parsonian paradigm of illness", in: Social Science and Medicine, 1976, p. 207-218.

Parsons wel degelijk aandacht heeft besteed aan de potentiële invloed van het gezin in het genezingsproces. Zoals hoger reeds gezegd ziet hij een te groot aandeel van het gezin in het genezingsproces evenwel als niet functioneel voor de Amerikaanse samenleving.

Tenslotte heeft Parsons' oorspronkelijke omschrijving van de zieke-rol vele onderzoekers er toe aangezet dit model empirisch te gaan verifiëren (1). Een aantal studies hebben onderzocht in welke mate de zieke-rol varieert in functie van de aard van de aandoening. Zo hebben meerdere auteurs gewezen op de geringe toepasbaarheid in het geval van chronische aandoeningen en permanente handicaps. Dergelijke ziekten worden veeleer geconfronteerd met de noodzaak tot aanpassing aan een permanente situatie, dan met de verplichting weer beter te worden. Bovendien is vrijstelling van gewone rolverplichtingen meestal slechts gedeeltelijk van toepassing (2). Later is men er op gaan wijzen dat ook de rol van de professionaal weinig eenduidig is bij chronische aandoeningen. Zoiets tonen Stewart en Sullivan (3) aan dat bij multiple sclerose de patienten zelf een grotere rol spelen in het the-

-
- (1) Voor een overzicht, zie: A. SEGALL, "The sick role concept: understanding illness behavior", in: Journal of Health and Social Behavior, 1976, p. 162-169.
en: S. LEVINE & M.A. KOZLOFF, "The sick role: assessment and overview", in: Journal of Chronic Diseases, 1966, p. 883-897.
 - (2) G.G. KASSEBAUM & B.O. BAUMANN, "Dimensions of the sick role in chronic illness", in: Journal of Health and Human Behavior, 1965, p. 16-27.
E.M. CALLAHAN e.a., "The sick role in chronic illness: some reactions", in: Journal of Chronic Diseases, 1966, p. 883-897.
E.J. THOMAS, "Problems of disability from the perspective of role theory", in: Journal of Health and Human Behavior, 1966, p. 2-13.
 - (3) D.C. STEWART & TH.J. SULLIVAN, "Illness behavior and the sick role in chronic disease. The case of multiple sclerosis", in: Social Science and Medicine, 1982, p. 1397-1404.

rapeutisch proces (1). Honig-Parnass (2) stelde in zijn onderzoek vast dat aan chronisch zieken minder afhankelijkheid werd gegund dan aan acuut zieke patiënten, maar daar staat tegenover dat er bij de behandeling van de eersten een grotere rol is wegegelegd voor leken.

Terminale patiënten passen al evenmin in Parsons' omschrijving Van hen beterschap verwachten klinkt cynisch (3).

Bij gestigmatiseerde aandoeningen (bv. venerische ziekten) worden de dragers vaak verantwoordelijk gesteld voor het ontstaan van de kwaal (4).

Ook de toepasbaarheid van de zieke-rol in geval van psychiatrische aandoeningen werd in de literatuur vaak ter discussie gesteld (5).

-
- (1) Omwille van de moeilijkheden bij diagnostiek en behandeling van chronische aandoeningen zoals multiple sclerose, zijn de rolverwachtingen bij dit soort patiënten in het algemeen onduidelijker: verschillen tussen de professionals en de patiënten komen in dit soort gevallen dan ook vaker voor, zo stellen de auteurs
 - (2) T. HONIG-PARNASS, "Lay concepts of the sick role: an examination of the professionalist bias in Parsons' model", in: Social Science and Medicine, 1981, p. 615-623.
 - (3) A. LIPMAN & R.S. STERNE, "Aging in the U.S.: ascription of a terminal sick role", in: Sociology and Social Research, 1969, p. 194-203.
 - (4) A. TWADDLE & R.M. HESSLER, A Sociology of Health, Saint Louis, 1977, p. 118.
 - (5) B.L. BLACKWELL, "Upper middle class adult expectations about entering the sick role for physical and psychiatric dysfunctions", in: Journal of Health and Social Behavior, 1967, p. 83-95.
F.A. PETRONI, "Correlations of the psychiatric sick role", in: Journal of Health and Social Behavior, 1972, p. 47-54.
N.K. DENZIN & S.S. SPITZER, "Paths to the mental hospital and staff predictions of patient role behavior", in: Journal of Health and Human Behavior, 1966, n° 7, p. 265-271.

Verder werd meermaals in vraag gesteld of de zieke-rol al dan niet van toepassing is in geval van zwangerschap (1), en ook in geval van alcoholisme (2).

De zieke-rol bleek, op de tweede plaats, al evenzeer te variëren in functie van verschillende sociale-, culturele- en persoonlijkheidsfactoren.

Op basis van een zeer beperkt aantal casussen kwam Twaddle (3) tot het besluit dat wanneer de verschillende componenten van Parsons' omschrijving samen in beschouwing worden genomen, er 7 verschillende zieke-rollen kunnen onderscheiden worden. De verschillen hielden ondermeer verband met het feit of de betrokkene zichzelf al of niet als ziek definieerde, met culturele verschillen, en met de aard van de aandoening (waargenomen ernst, interferentie met dagelijkse activiteiten). Lekendefinities bleken enkel belangrijk te zijn bij het toekennen van de zieke-rol en bij de oriëntatie naar een medisch-deskundige. Nadien is de rol van de leken beperkt.

Gordon identificeerde vier criteria die relevant zijn bij de bepaling aan wie wel en aan wie niet de zieke-rol wordt toegeschreven. Onzekerheid der prognose was het belangrijkste criterium. De aanwezigheid van symptomen en het in behandeling zijn bij een medisch deskundige waren vooral belangrijke criteria bij personen uit hogere sociale niveaus. De interferentie van de aandoening met dag-

-
- (1) W.R. ROSENGREN, "The sick role during pregnancy", in: Journal of Health and Human Behavior, 1962, 3, p. 213-218.
 - J.B. Mc KINLAY, "The sick role - illness and pregnancy", in: Social Science and Medicine, 1972, p. 561-572.
 - (2) R.A. KURTZ & D.J. CIACOPASSI, "Medical and social work students' perceptions of deviant conditions and sick role incumbency", in: Social Science and Medicine, 1975, p. 249-255.
 - H.P. CHALFANT & R.A. KURTZ, "Alcoholics and the sick role: assessments by social workers", in: Journal of Health and Social Behavior, 1971, p. 66-72.
 - (3) A.C. TWADDLE, "Health decisions and sick role variations: an exploration", in: Journal of Health and Social Behavior, 1969, 10, p. 105-115.

lijkse activiteiten was een belangrijk criterium bij personen uit lagere sociale niveaus (1). Een onderzoek van Bercanovic ondersteunt de resultaten van Twaddle en Gordon. De resultaten suggereren dat de zieke-rol geen adequate analyse-eenheid is bij de studie van ziektegedrag. De gedragsverwachtingen t.a.v. zieke personen blijken te variëren in functie van kenmerken van de zieke persoon en van zijn symptomatologie (2). Ook Petroni (3) vond een inverse relatie tussen sociale klasse en de tendens om de zieke-rol te legitimeren. Deze laatste noteerde eveneens verschillen in functie van leeftijd en geslacht (4). Tenslotte onderzoekt Segall verschillen in legitimatie van de zieke-rol naargelang ethisch-religieuze achtergronden (5). Opvallend is tenslotte het onderzoek van Arluke e.a. (5), die in tegenstelling tot de voorgaande auteurs tot het besluit komen dat de vier elementen van Parsons' zieke-rol in hoge mate aanvaard worden en dit doorheen verschillende de socio-culturele groepen.

-
- (1) G. GORDON, Role Theory and Illness. A Sociological Perspective, New Haven, Connecticut, 1966.
 - (2) E. BERCANOVIC, "Lay conceptions of the sick role", in: Social Forces, 1972, p. 53-63.
 - (3) F.A. PETRONI, "Social class, family size, and the sick role", in: Journal of Marriage and the Family, 1969, p. 728-735.
 - (4) F.A. PETRONI, "The influence of age, sex, and chronicity on perceived legitimacy to the sick role", in: Sociology and Social Research, 1969, p. 180-193.
 - (5) A. SEGALL, "Sociocultural variation in sick role behavioural expectations", in: Social Science and Medicine, 1976, 10, p. 47-51.
 - (6) A. ARLUKE e.a., Reexamining the sick-role concept. An empirical assessment", in: Journal of Health and Social Behavior, 1979, p. 35.

Het grootste probleem met dit soort kritiek is dat het Parsons' bedoeling niet is geweest te specificeren wat de empirische realiteit is. Zijn interesse ging naar de samenleving als geheel: zijn opzet was van macroscopische en van theoretische aard. Het is derhalve evident dat zijn analyse geen licht kan werpen op allerlei verschillen, precies omdat ze daarvoor niet ontworpen is (1).

In een later artikel is Parsons zelf ingegaan op een aantal kritieken aan zijn adres (2). Daarbij besteedt hij voornamelijk aandacht aan de relatie tussen ziekte en deviantie, aan de toepasbaarheid van zijn zieke-rol bij chronische aandoeningen, en aan de rol van de medisch deskundige in dit model.

Wat de relatie tussen ziekte en deviantie betreft wijst Parsons er ten eerste nogmaals op dat het nooit zijn bedoeling is geweest ziekte hiertoe uitsluitend te herleiden. Verder vestigt hij er de aandacht op dat aan zijn analyse van ziekte als deviantie een motivatie-aspect verbonden is (3). Zoals hoger reeds gezegd zien de meeste critici dit helemaal over het hoofd.

Wat de chronische aandoeningen betreft stelt Parsons, dat ook al zijn ze op dit moment vaak niet te genezen, de medische behandeling er toch op gericht is het deterioratieproces zoveel mogelijk stop te zetten, zodat de betrokkenen in staat zijn zoveel mogelijk hun normale taken en rollen weer op te nemen (4).

(1) M.J. BLOOR & G.W. HOROBIN, "Conflict and conflict resolution in doctor-patient interactions", in: C. COX & A. MEAD (eds.), A Sociology of Medical Practice, London, 1975, p. 271-284.

(2) T. PARSONS, "The sick role and the role of the physician reconsidered", in: Health and Society, 1975, p. 257-278.

(3) IBID., p. 258.

(4) IBID., p. 259 en ook p. 269.

Tenslotte is er de kritiek die stelt dat de rol van de professional overbenadrukt wordt. Parsons blijft die rol sterk benadrukken, wat niet impliceert dat de zieke zelf geen verantwoordelijkheid zou hebben, zoals toch blijkt uit de zieke-rol omschrijving. In functie van het soort aandoening kan die rol passieve of actiever zijn. Ook lekenpersonen kunnen erbij betrokken worden (1).

(1) T. PARSONS, o.c., p. 266-267.

PARAGRAAF 2. DE ALGEMENE SYSTEEMTHEORIE.

A. DE ALGEMENE SYSTEEMTHEORIE : EEN INLEIDING.

Alhoewel zoals hoger reeds gebleken is, bij Parsons het begrip 'systeem' centraal stond, is hij nooit actief betrokken geweest bij de ontwikkeling van de algemene systeemtheorie, waarvan algemeen wordt aangenomen dat L. von Bertalanffy de grondlegger is (1) (2).

De voorkeur voor systeembenaderingen in de wetenschap heeft te maken met het feit dat relaties tussen variabelen vanuit een dergelijke benadering niet afzonderlijk worden geanalyseerd, maar in een meer omvattend perspectief, waarbij men veronderstelt dat hierdoor de verklaaringskracht van de theorieën vergroot (3). De toenemende complexiteit van de moderne samenleving is hierbij een extra argument (4).

De benadering waaraan deze paragraaf gewijd is kwam zo-als gezegd grotendeels tot stand onder impuls van L. von Bertalanffy. Het is een principieel interdisciplinaire wetenschapsrichting. Alhoewel von Bertalanffy zijn algemene systeemtheorie reeds presenteerde in 1937, was het pas na de tweede wereldoorlog dat deze richting de wind in de zeilen kreeg. Dit was hoofdzakelijk te wijten aan het bestaan van een aantal parallelle ontwikkelingen. Zo kwam de cybernetica tot stand met als centraal concept 'feedback', wat verwijst naar 'beheersing of sturing door communicatie (overdracht van informatie)' (Wiener 1948). Eveneens uit die tijd dateren de informatietheorie (Shannon & Weaver 1949) en de speltheorie Neumann & Morgenstein 1947). L. von Bertalanffy (zelf

- (1) T. NIJHOFF, "T. Parsons", in: L. RADEMAKER & E. PETERSMA (reds.), Hoofdfiguren uit de Sociologie 2/ Modernen, Utrecht, 1974, p. 36.
A. HOEFNAGEL, "Systeembenadering en sociologie", in: L. RADEMAKER & H. BERGMAN (reds.), Sociologische Stromingen, Utrecht, 1977, p. 180.
- (2) Wat niet wegneemt dat Parsons in een latere fase een aantal elementen uit deze systeemtheorie heeft overgenomen.
- (3) W. VAN ROSSUM, "Sociaal systeem", in: L. RADEMAKER (red.), Sociologische Grondbegrippen, Utrecht, 1981, p. 344.
- (4) L. VON BERTALANFFY, "General systems theory - introduction", in: W. WERLEY e.a. (eds.), Health Research: The Systems Approach, New York, 1976, p. 6.

bioloog) richtte in 1954 de Society for General Systems Theory op, samen met K. Boulding (econoom), R. Gerard (fysioloog) en A. Rapoport (wiskundige). Andere eveneens multidisciplinaire groepen kwamen in dezelfde periode tot stand (1).

Het uitgangspunt is dat, in een tijd van toenemende specialisatie, er nood is aan een algemene systeemtheorie, die de kloven tussen de verschillende disciplines moet trachten te overbruggen. Men hoopte m.a.w. op een nieuwe synthese van kennis (2).

Niettegenstaande de algemene systeemtheorie globaal genomen binnen de sociologie niet zo'n grote verspreiding kent, wordt er hier toch aandacht aan besteed omdat er met name op het terrein van de gezondheidszorg wel enige toepassingen kunnen genoteerd worden, steeds evenwel in interdisciplinair verband.

Het grote verschil tussen Parsons' systeembegrip en hetgene dat gehanteerd wordt in de moderne systeemtheorieën is dat het eerste niet refereert naar een concrete entiteit (cfr. het analytisch realisme) (3).

Von Bertalanffy onderscheidt zelf twee grote trends binnen de algemene systeemtheorie: een mechanistische- en een organisch-humanistische benaderingswijze. Volgens de eerste benaderingswijze zou het organisme dus mechanisch reageren op zijn omgeving zoals in het behavioristische stimulus-respons-schema. Von Bertalanffy zelf opteert veeleer voor de humanistische trend in de algemene systeemtheorie. Hij benadrukt de betrekkelijke autonomie van het organisme; het verschil tussen menselijk gedrag en het gedrag van dieren, waarbij het eerste wordt gekarakteriseerd als symbolisch. Als con-

-
- (1) E. BAKÉR, "General Systems theory, research, and medical care", in: A. SHELDON e.a. (eds.), Systems and Medical Care, Cambridge, Massachusetts, 1970, p. 1-4.
 - (2) F. BAKER, "General systems theory, research, and medical care", in: A. SHELDON e.a. (eds.), o.c., p. 1.
 - (3) H.P. ADRIAANSENS, Talcott Parsons en het Conceptueel Dilemma, Deventer, 1976, p. 43-44.
Zie ook: A.H. HOEFNAFEL, "Systeembenadering en sociologie", in: L. RADEMAKER & H. BERGMAN (reds.), o.c., p. 176.
en : F. BAKER, o.c., p. 11.

sequentie hiervan opteert hij ook voor de introductie van specifiek menselijke waarden binnen het gezichtsveld van de wetenschap (1).

Buckley is één van de eersten geweest die een brug heeft proberen te slaan tussen algemene systeemtheorie en sociologie (2). Socioculturele systemen worden volgens hem gekenmerkt door toenemende organisatie en structuurveranderingen om te blijven voortbestaan in een omgeving die gekenmerkt wordt door grote verscheidenheid. Daarom zijn de klassieke mechanische systeemmodellen (gesloten systeem) en zelfs de organische modellen hier ontoereikend. In deze laatste modellen wordt de realiteit tussen het systeem en zijn omgeving gezien als een handhaving van het systeem in een veranderende omgeving. Buckley's visie is er daarentegen één van verandering in het sociaal systeem gezien de veranderingen in de omgeving. Hij ziet het sociaal systeem dus als een complex aanpassingssysteem en wil de vroegere mechanische- en organische modellen veranderen door een 'process-model' (3). Deze aanpassingen in het systeem worden ontwikkeld op grond van een constant informatie- en leerproces (4).

Vanuit deze korte beschrijving van de algemene systeemtheorie en haar weerslag binnen de sociologie hoeft het niet te verwonderen dat de eerste toepassingen ervan te vinden zijn binnen de organisatiesociologie; wat later werden de toepassingen uitgebreid naar de politieke beleidslichamen en de openbare besturen (5).

Binnen de medische sociologie werden vanuit dit perspectief op de eerste plaats allerlei gezondheidsvoorzieningen als organisaties bestudeerd (6). Geleidelijk aan werden ook globale systemen van gezondheidszorg aan een dergelijke analyse onderworpen. Het resultaat hiervan is dat de meerderheid van deze analyses zich beperken tot de aanbodzijde in de gezondheidszorg. Zoals hieronder zal blijken werd de vraagzijde pas de laatste tien jaar in dit soort benaderingen betrokken.

-
- (1) L. VON BERTALANFY, "General systems theory - introduction", in: H. WERLY e.a. (eds.), o.c., p. 9-11. A.H. HOEFNAGEL, o.c., p. 176.
 - (2) A.H. HOEFNAGEL, o.c., p. 180-181.
W. VAN ROSSUM, "Sociaal systeem", in: L. RADEMAKER, (ed.), o.c., p. 356-357.
 - (3) F. BAKER, "General systems theory, research and medical care", in: A. SHELDON e.a. (eds.), o.c., p. 3.
 - (4) W. VAN ROSSUM, "Sociaal systeem", in: L. RADEMAKER (ed.), o.c., p. 356-357.
 - (5) A.H. HOEFNAGEL, "Systeembenadering en sociologie", in: L. RADEMAKER & H. BERGMAN (reds.), o.c., p. 181-182.
 - (6) F. BAKER, o.c., p. 20-22.

B. EEN TOEPASSING: ZIEKTE- EN GEZONDHEIDSZORG.

1. Definities van ziekte en gezondheid (1) (2).

Gezien het interdisciplinair karakter van de systeemtheorie, worden verschillende invalshoeken gehanteerd bij de definitie van ziekte en gezondheid.

Uitgangspunt vormen de natuurwetenschappen, waarop onze geneeskunde grotendeels gebaseerd is, en die zich bezig houden met het menselijk organisme als een actief element in een natuurlijke omgeving. Dit menselijk organisme wordt beschouwd als een psycho-biologisch systeem dat verschillende elementen omvat, zoals het psychische, het biologische, het fysische- en het scheikundig subsysteem. De definitie van ziekte op dit niveau kan zo-

-
- (1) T. PUROLA, "A systems approach to health and health policy", in: Medical Care, Vol. X, n° 5, 1972, p. 374-375.
- H. KAITARANTA & T. PUROLA, "A systems-oriented approach to the consumption of medical commodities", in: Social Science and Medicine, Vol. 7, 1973, p. 532-533.
- R. KOHN & K.L. WHITE, Health Care. An International Study, London, 1976, p. 10-11.
- Alle voornoemde auteurs worden sterk beïnvloed door de werken van G.L. ENGEL, in casu: G.L. ENGEL, Psychological Development in Health and Disease, Philadelphia, 1962.
- (2) Benevens hetgeen vermeld wordt in deze tekst, kan eveneens verwezen worden naar de visie van R. Dubos, die ziekte beschouwt als het gevolg van een slechte aanpassing van het organisme aan zijn omgeving. Gezien hierbij geen band wordt gelegd naar ziekte- en gezondheidsgedrag, wordt er niet nader op ingegaan. Voor een korte samenvatting kan verwezen worden naar: A. TWADDLE & R.M. HESSLER, A Sociology of Health, Saint Louis, 1977, p. 101-102.

wel betrekking hebben op een interne storing van dit psycho-biologisch systeem, als op een verstoring in de relatie tussen het systeem en zijn natuurlijke omgeving.

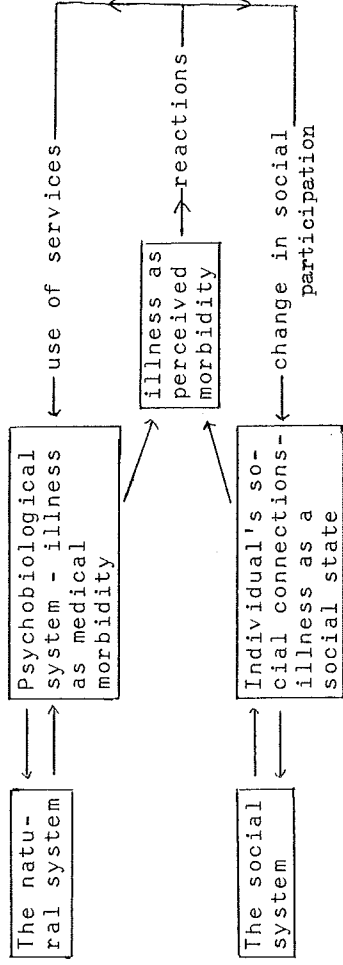
De sociologische invalshoek ziet de mens als een actief element in een sociale omgeving. Een verstoring van de relatie tussen individu en sociale omgeving is ziekte. Elk individu staat in relatie tot vele verschillende subsystemen (bv. het produktiesysteem, het systeem van waarden, normen en kennis, enz...). Deze sociale relaties die nu een individu heeft, bepalen in elke samenleving wat als ziekte wordt gedefinieerd en hoe hierop dient gereageerd te worden. Daarom kan één en dezelfde storing uit het psycho-biologisch systeem leiden tot verschillende soorten storingen in de sociale context.

Tenslotte wordt uit het psycho-biologisch systeem één bijzonder aspect uitgelicht, namelijk de perceptiemogelijkheid van het individu. Hieronder wordt de capaciteit verstaan om informatie te ontvangen van het psycho-biologisch systeem (symptomen) en dit te vergelijken met informatie uit het externe sociaal systeem en met informatie gestockeerd in het geheugen. Op die manier definiëren individuen bepaalde stoornissen als ziekte.

Het is deze symptoomperceptie die mensen kan doen reageren. Deze reacties zijn essentieel aanpassingsactiviteiten. Ze kunnen zowel gericht zijn op behandeling van het psycho-biologisch systeem (bv. zelfmedicatie, consumptie van medische zorgen) als op veranderingen in de sociale relaties van het individu (bv. verandering van werk; veranderingen aanbrengen in de sociale omgeving). Het is dus bijgevolg essentieel deze symptoom-

perceptie die de input vormt van het gezondheidszorg-systeem.

Schema.



2. Ziekte- en gezondheidsgedrag.

Ziektegedrag begint in deze optiek dus met de perceptie van een stoornis. Nochtans is dit geenszins een noodzakelijke voorwaarde tot contact met het aanbod van gezondheidszorgen. Inderdaad worden o.m. administratieve en preventieve gezondheidsvoorzieningen vaak geconsulteerd bij afwezigheid van enige klacht. In deze gevallen wordt dan gesproken van gezondheidsgedrag (1).

De perceptie van een of andere stoornis is verder enkel de factor die het beslissingsproces tot medische consultatie in gang zet. Het is m.a.w. al evenmin een voldoende voorwaarde. De waarschijnlijkheid dat een individu een professionele hulpverlener zal opzoeken wordt nog door andere factoren mede bepaald. Op individueel vlak worden naast de symptoomperceptie nog predisponerende- en enabling-factoren onderscheiden.

(1) R. KOHN & K.L. WHITE, o.c., p. 11.

De zgn. predisposing-factoren omvatten een set van variabelen die betrekking hebben op kennis, opvattingen en attitudes zowel t.a.v. ziekte en gezondheid, als t.a.v. het medisch aanbod.

De zgn. enabling-factoren hebben betrekking op de kosten die medische consumptie met zich zal meebrengen. De term 'kosten' dient hier begrepen te worden in een ruime betekenis en omvat zodoende niet alleen de directe financiële kosten, maar ook de eventuele verliezen tengevolge van werkverzuim of opschorting van andere activiteiten, de fysische en de psychische toegankelijkheid van voorzieningen, enz...

Tenslotte zijn er naast deze variabelen op individueel niveau ook zogenaamde systeefactoren: het betreft hier kenmerken van het gezondheidszorgensysteem. Binnen bepaalde populaties zijn deze factoren dan ook constant voor alle individuen. Ze karakteriseren de context waarbinnen het beslissingsproces van een individu plaats grijpt (1).

(1) R. KOHN & K.L. WHITE, o.c., p. 14.

SAMENVATTING EN BESLUITEN.

Functionele analyse en systeembenadering werden in dit eerste hoofdstuk samengenomen omdat beide doorgaans worden getypeerd als katascopisch, wat betekent dat hun uitgangspunt het groter geheel is en dat het individu primair wordt gezien als lid van dit groter geheel. Dit hoofdstuk bracht aan het licht dat deze kwalificatie te ruw is, en dat er tussen beide benaderingen nog aanzienlijke verschillen zijn, zowel inhoudelijk, als wetenschaptheoretisch en methodologisch. Vooraleer hier nader op in te gaan volgt een korte samenvatting van beide.

A. PARSONS' FUNCTIONELE BENADERINGSWIJZE.

Parsons' functionalisme (althans wat betreft zijn sociologie-opvatting) wordt gekenmerkt doordat hij zijn vertrekpunt neemt bij het sociaal systeem. Het is binnen dit conceptueel-theoretisch kader dat ziekte en gezondheid een plaats krijgen. Parsons is de eerste geweest die ziekte als een sociologisch concept hanteerde, door het te plaatsen binnen de meer algemene categorie van afwijkend gedrag. Zijn definitie van afwijkend gedrag kan maar verduidelijkt worden aan de hand van een precisering van zijn visie op het sociaal systeem. Een sociaal systeem bestaat voor Parsons uit complementaire interactie van twee of meer actoren. De theoretische assumptie voor zijn verdere analyse is de evenwichtsconceptie van het sociaal systeem. Dit impliceert dat hij uitgaat van de veronderstelling dat de actoren in hun interaactie worden geleid door gemeenschappelijke waarden en normen. Parsons' verdere analyse richt zich enerzijds op de tendenzen die dat evenwicht kunnen verstoren en anderzijds op de mechanismen die tot de stabilisering van het systeem bijdragen. Eén van de tendenzen tot ver-

storing van het evenwicht is 'afwijkend gedrag', waarbij actoren dus afwijken van de gegeven normen. Parsons onderscheidt vier verschillende vormen van afwijkend gedrag, waarvan ziekte er één is. Ziekte wordt hierbij specifiek gekenmerkt door onvermogen om rollen en taken te vervullen. De evenwichtsherstellende processen noemt hij de sociale controlemechanismen. In het geval van ziekte zijn de zieke-rol en de rol van de arts deze controlemechanismen. Het is vooral deze omschrijving van de zieke-rol die zeer bekend is geraakt. Hij typeert deze rol aan de hand van volgende kenmerken, twee rechten en twee plichten. De twee rechten zijn: vrijstelling van normale rolverplichtingen en vrijstelling van de verantwoordelijkheid voor de ziekte-toestand. Deze rechten zijn voorwaardelijk, in die zin dat er ook twee plichten aan verbonden zijn: de zieke wordt geacht zijn toestand als ongewenst te beschouwen en hij wordt geacht competente (d.i. professionele) hulp te zoeken.

B. DE SYSTEEMBENADERING.

In de systeembenadering wordt het menselijk organisme gezien als een psycho-biologisch systeem. Ziekte kan zowel vanuit natuurwetenschappelijke als vanuit sociologische hoek worden gedefinieerd. In het eerste geval is ziekte een verstoring van het psycho-biologisch systeem in zijn natuurlijke omgeving. In het tweede geval wordt ziekte gedefinieerd vanuit de sociale relaties van het individu tot andere sociale subsystemen. De perceptiemogelijkheid van het individu maakt het mogelijk dat hij/zij bepaalde stoornissen als ziekte definieert. Deze symptoomperceptie ligt aan de basis van menselijke reacties op ziekte. Deze reacties zijn essentieel aanpassingsactiviteiten. Ze kunnen zowel gericht zijn op behandeling van het psycho-biologisch

systeem, als op het veranderingen aanbrengen in de sociale omgeving. De waarschijnlijkheid dat een individu een professionele hulpverlener zal consulteren wordt, benevens door de symptoomperceptie, eveneens beïnvloed door andere factoren.

C. FUNCTIONELE ANALYSE EN SYSTEEMBENADERING: EEN VERGELIJKING.

Ondanks het gemeenschappelijk katascopisch karakter van beide benaderingswijzen (1), bracht dit hoofdstuk ook aanzienlijke verschillen aan het licht.

Waar Parsons het 'sociaal systeem' hanteert als een analytisch concept, wordt het in de systeembenadering veel eerder een concrete realiteit. Voor Parsons is het 'sociaal systeem' m.a.w. een benaderingswijze van de werkelijkheid, maar geen equivalent ervan.

Dit heeft mede tot gevolg dat Parsons sterk vasthoudt aan de autonomie der verschillende wetenschappelijke disciplines. De systeembenadering daarentegen benadrukte vooral interdisciplinaire samenwerking.

D. IMPLICATIES VOOR HET WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK.

Zoals met betrekking tot zijn totale oeuvre, wordt Parsons' conceptualisering van ziekte, gezondheid en de zieke-rol conservatief bestempeld. De relativeringen die hierbij kunnen worden vermeld, worden hier niet hernomen. In dit besluit zal enkel aandacht besteed worden aan de eerder remmende gevolgen ervan voor het wetenschappelijk onderzoek. Vooral het feit dat men vaak nogal selectief heeft verder gebouwd op Parsons' definitie

(1) Dat ook hierbij nuanceringen kunnen aangebracht worden, is hoger reeds verduidelijkt.

van de zieke-rol en de eraan verbonden legitimering door een medische deskundige, heeft gemaakt dat het onderzoek naar ziekte en gezondheidsgedrag lange tijd is beperkt tot onderzoek naar medische consumptie, waar-
bij men bovendien meestal is blijven uitgaan van medisch gedefinieerde morbiditeit als belangrijke verklaringsfactor.

Een ander punt van kritiek is gericht op Parsons' monolithische definitie van de ziekte-rol. Ook hier wordt in dit besluit afgezien van de nuanceringen die hierbij kunnen worden aangebracht. In tegenstelling tot het eerste punt van kritiek, werd hiermee echter de basis gelegd van een heel gamma onderzoekswerk, waaruit naar voor is gekomen hoe variabel ziekte- en gezondheidsgedrag in de realiteit kunnen zijn.

De repercusies van de algemene systeemtheorie op het onderzoek naar ziekte- en gezondheidsgedrag zijn op basis van dit hoofdstuk nog minder duidelijk te overzien. Later zal blijken dat het model dat vanuit deze benaderingswijze werd ontworpen ter verklaring van ziekte- en gezondheidsgedrag, ook door andere wetenschappelijke ontwikkelingen is beïnvloed. Pas dan zullen de implicaties ervan volledig duidelijk worden.

HOOFDSTUK 2

SYMBOLISCH INTERACTIONISME EN
FENOMENOLOGISCHE SOCIOLOGIE.

INLEIDING (1).

In de Verenigde Staten van de jaren '50 ontstonden er steeds sterker wordende tendenzen tot vernieuwing in de sociologie. De hoofdstroom van deze Amerikaanse sociologie was op dat moment gekenmerkt door dezelfde kentheoretische uitgangspunten en dezelfde methodologie als de natuurwetenschappen.

Dit impliceert een visie op de sociale werkelijkheid als een objectieve gegevenheid, d.w.z. als een op zichzelf staande werkelijkheid, onafhankelijk van handelen de en kennende subjecten (2). Deze benaderingswijze ging verder meestal gepaard met een sterke nadruk op het kwantificeerbare: mathematische methoden en technieken staan centraal en zouden moeten leiden naar wetmatigheden te vergelijken met deze uit de natuurwetenschappen.

Onder invloed van verschillende factoren - waarop in dit kader niet verder wordt ingegaan - ontstonden er meerdere reacties op deze strekking. Sociologen begonnen zich in toenemende mate te richten op theorieën

-
- (1) Zie o.m. :
H.L. COENEN, "Fenomenologie en sociologie", in:
L. RADEMAKER & H. BERGMAN (eds.), Sociologische stromingen, Utrecht, 1977, p. 88-90.
J.J. VAN HOOF, "Symbolisch interactionisme", in:
IBID., p. 116 en p. 139-140.
A.C. ZIJDERVELD, De Theorie van het Symbolisch Interactionisme, Meppel, 1973, p. 13-42.
- (2) Een verwijt dat, zoals in vorig hoofdstuk bleek, ook vaak aan Parsons werd gemaakt, niet tegenstaande het feit dat een nauwkeurige lectruur eerder in tegengestelde zin wijst. Zo schreef hij zelf dat de sociale psychologie, die het begrip 'symbolische interactie' hanteerde, waarschuift voor de belangrijkste Amerikaanse bijdrage tot sociologische theorievorming was. Geciteerd in: G. ROCHER, T. Parsons en de Amerikaanse Sociologie, Deventer, 1978, p. 23-24.

die vertrekken vanuit het zinvol handelen van individuen. Deze theorieën hebben een uitdrukkelijk antideterministische strekking, waarin de nadruk wordt gelegd op de zingevende activiteit van mensen.

De belangrijkste richtingen die in het kader van dit proefschrift relevant zijn worden in een eerste paragraaf toegelicht. Het gaat meer bepaald om het symbolisch-interactionisme en de fenomenologisch georiënteerde sociologie. De historische antecedenenten en de ideeën van de belangrijkste grondleggers zullen in deze eerste paragraaf aan bod komen.

De toepassingen - conceptualisatie en onderzoek - op het terrein van ziekte- en gezondheidsgedrag komen aan bod in een tweede paragraaf. Hier wordt afgezien van het strikte onderscheid tussen deze drie richtingen, omdat in deze toepassingen, in min of meerdere mate elementen uit deze verschillende benaderingswijzen worden gecombineerd.

Ook zal blijken hoe deze richtingen een grondige wijziging hebben aangebracht in de wijze waarop sociologen tot dan toe doorgaans afwijkend gedrag conceptualiserden. De door hen gepresenteerde alternatieve benadering wordt de sociale reactie-benadering genoemd, en zet zich sterk af tegen de oudere etiologie-benadering. De sociale reactie-benadering definieert afwijkend gedrag in termen van de reactie op gedrag. Afwijkend gedrag wordt niet gezien als een eigenschap van personen of van handelingen, maar als een gevolg van interactieprocessen waarbinnen bepaalde gedragingen als afwijkend gedrag worden gedefinieerd (1).

(1) G. SNEL, Afwijkend Gedrag, Alphen a/d Rijn, 1979, p. 13.

PARAGRAAF 1. SYMBOLISCH INTERACTIONISME EN FENOMENOLOGISCHE SOCIOLOGIE.

A. SYMBOLISCH INTERACTIONISME.

1. Ontstaan en voorgangers.

Het symbolisch interactionisme wordt doorgaans gepresenteerd als een alternatief voor de hoofdstroom van de Amerikaanse sociologie na de tweede wereldoorlog (1).

Zonder er diep te willen op ingaan, was, benevens de 19^e-eeuwse Romantiek, vooral het pragmatisme, een typisch Amerikaanse filosofie, waaruit het symbolisch interactionisme is voortgekomen (2).

Het pragmatisme kan worden omschreven als een denkhouding waarin niet de vraag wordt gesteld naar het wezen der dingen, maar waarin men zich richt op hun gevolgen, hun resultaten. De belangrijkste in deze context relevante tegenwoordigers zijn W. James en J. Dewey. Hun pragmatisme wordt gekenmerkt door pogingen om denken en handelen met elkaar te verbinden (3).

G.H. Mead (1863-1931) wordt algemeen beschouwd als één van de belangrijkste grondleggers van het symbolisch interactionisme (4). Mensen onderscheiden zich van andere organismen door hun denken (mind) en hun zelfbewustzijn (self). Dit denken en dit zelfbewustzijn komen voort uit een sociaal proces, d.w.z. uit de interactieprocessen die zich tussen mensen afspelen (society).

In de beschrijving van deze interactieprocessen zet Mead zich af tegen het klassiek behaviourisme dat een mechanistisch stimulus - respons schema hanteert (Pawlov, Watson). Mensen reageren niet zozeer direct op het gebaar van een ander, maar op de bedoeling die ze daarachter vermoeden. M.a.w. tussen het gebaar en de reactie wordt een interpretatieproces geschoven,

(1) J.J. VAN HOOF, "Symbolisch interactionisme", in: L. RADEMAKER & H. BERGMAN (reds.), o.c., p. 116.

(2) A.C. ZIJDERVELD, De Theorie van het Symbolisch Interactionisme, Meppel, 1973, p. 43.
J. VERHOEVEN, Sociologie II, vol. 2, Leuven, 1978, p. 107.

(3) J.J. VAN HOOF, o.c., p. 117.
A.C. ZIJDERVELD, o.c., p. 51 e.v.

(4) Andere belangrijke figuren waren C.H. COOLEY, I. THOMAS en F. ZNANIECKI.

waarbij aan het gedrag een bepaalde betekenis wordt gegeven. Hierdoor krijgt het gebaar het karakter van een symbool. Vandaar de term 'symbolisch interactionisme' (1). Hiermee wil Mead de Cartesiaanse scheiding tussen 'inwendig' en 'uitwendig' opheffen.

Ook de scheiding tussen individu en samenleving zou Mead bestrijden. De maatschappij en zijn instituties kunnen zelfs inziens slechts begrepen worden tegen de achtergrond van individuele bewustzijnsprocessen en interacties tussen mensen (2).

Een tweede belangrijke grondlegger van het symbolisch interactionisme was W.I. Thomas (1863-1947). Nog sterker dan Mead accentueerde hij het procesmatige van de sociale werkelijkheid: een werkelijkheid die ontstaat doordat mensen volgens hun definities van bepaalde situaties gaan handelen. Thomas vatte dit samen in zijn bekend theorema :

"If people define situations as real, they are real in their consequences" (3).

2. Symbolisch interactionisme en sociologie: Blumer als grondlegger.

H. Blumer ('1900) is degene geweest die het denken van Mead heeft proberen uit te werken tot een min of meer coherente sociologische benadering en die er de naam 'symbolisch interactionisme' heeft aan gegeven (4).

a. Blumer's perspectief op de sociale werkelijkheid.

Blumer formuleerde volgende drie premissen van het symbolisch interactionisme :

- het menselijk gedrag is gebaseerd op de betekenissen die de dingen voor de mensen hebben;
- deze betekenissen vinden hun oorsprong in de menselijke interactie;

-
- (1) J.J. VAN HOOFF, o.c., p. 118-120.
 - (2) A.C. ZIJDERVELD, "G.H. Mead", in: L. RADEMAKER & E. PETERSMA (reds.), Hoofdfiguren uit de Sociologie - 1/ klassieken, Utrecht, 1976, p. 157.
 - (3) IBID., p. 168-169.
A.C. ZIJDERVELD, De Theorie van het Symbolisch Interactionisme, Meppel, 1973, p. 91.
 - (4) Het symbolischinteractionisme heeft zich opgesplitst in meerdere scholen. De Chicago-school, waarvan .../...

- deze betekenissen worden gewijzigd door de interpretaties die personen er aan geven in actuele situaties (1).

Blumers uitgangspunt is het vermogen waarover mensen beschikken om zichzelf tot object van zichzelf te nemen. Dit betekent dat menselijk handelen gepaard gaat met processen van zelfinteractie. Deze processen van zelfinteractie vervullen een bemiddelende rol tussen de situatie waarin mensen verkeren en hun uiteindelijke gedrag. Door middel van dit proces van zelfinteractie worden de situatie-elementen door het individu op een bepaalde manier verwerkt. Men kent er m.a.w. een bepaalde betekenis aan toe. Gedrag wordt daarom uiteindelijk niet bepaald door de situatie zelf, maar door de manier waarop deze situatie wordt gedefinieerd.

Deze betekenissen en definities worden ontleend aan de interactie met anderen. In deze interactie probeert men door wederzijdse interpretatie van elkaars bedoelingen en verwachtingen het handelen af te stemmen op een gemeenschappelijke definitie van de situatie. Dit is mogelijk via het proces van 'role-taking', wat impliceert dat de betrokkenen zich in elkaars standpunt kunnen verplaatsen.

Interacties kunnen vervlochten worden tot grotere gehelen van min of meer georganiseerde 'joint actions'. Blumer beschouwde deze 'joint actions' als het eigenlijke studieobject van de sociologie. Belangrijk is evenwel dat deze niet automatisch functioneren, maar dat de interpretatie steeds belangrijk blijft, m.a.w. een duidelijke waarschuwing tegen reïficatie van sociale instituties.

Deze orde is een opgebouwde orde, nooit een vanzelfsprekend aanwezige orde: handelingspatronen moeten in stand gehouden worden en kunnen in principe vervangen worden door andere patronen, indien de deelnemers dat willen (2).

.../... Blumer de grondlegger is, kan worden gekenmerkt als de meest invloedrijke.

(1) J. VERHOEVEN, Sociologie II, vol. 2, Leuven, 1977, p. 10.3.

(2) Zie o.m. :
J.J. VAN HOOF, "Symbolisch interactionisme", in:
L. RADEMAKER & H. BERGMAN (reds.), o.c., p. 123-129.
P. SCHNABEL, "Herbert Blumer", in: L. RADEMAKER
(red.), Hoofdfiguren uit de Sociologie 3/ Modernen
Utrecht, 1978, p. 14-18.
A.C. ZIJDERVELD, De theorie van het Symbolisch Interactionisme, Meppel, 1973, p. 98-100.

b. Methodologische consequenties.

Blumer heeft bijzonder veel aandacht besteed aan de methodologische consequenties van zijn symbolisch-interactionistisch perspectief. Hij benadrukt sterk het empirisch karakter van de wereld die het object is van sociologisch onderzoek. Het symbolisch interactionisme wil namelijk het sociaal handelen van mensen analyseren zonder het methodisch tot zinledigheid te reduceren.

Daarom moet de socioloog zich trachten in te leven in de manier waarop mensen de werkelijkheid interpreteren en ervaren. Hij moet zich zoveel mogelijk proberen te verplaatsen in de rol van de door hem onderzochte personen.

Onderzoek moet een zo natuurgetrouw beeld geven van de sociale werkelijkheid: het zgn. naturalistisch onderzoek. Daarbij zijn kwalitatieve methoden van onderzoek (bv. de participerende observatie) veel meer geschikt.

Het symbolisch interactionisme hanteert m.a.w. een duidelijk inductief onderzoeksmodel. Dit betekent dat men uitgaat van de werkelijkheid zoals die door de betrokkenen zelf ervaren wordt. Zij reageren daarmee tegen de frequent voorkomende gewoonte in de sociologie om eerder uit te gaan van vooropgestelde theorieën, die moeten geverifieerd worden. Onderzoek heeft hier een veel ruimere functie: het dient veeleer om theorieën tot ontwikkeling te brengen. Ook tegen de meest gangbare onderzoeksprocedures willen zij reageren, waardoor processen van betekenisgeving in sterke mate worden verwaarloosd (1).

Deze methodologische consequenties werden verder uitgewerkt door Glaser en Straus' boek *The Discovery of Grounded Theory*. Zij zetten zich af tegen het deductief onderzoeksmodel: begrippen en theorieën mogen niet vooraf - speculatief - opgesteld, maar worden a.h.w. ontdekt tijdens het inductieve onderzoek. Zo is men verzekerd van hun empirische fundering (2).

-
- (1) A.C. ZIJDERVELD, o.c., p. 100-103.
J.J. VAN HOOF, o.c., p. 132-134.

H. BLUMER, "Sociologische analyse en de 'variabele', in: J. GOUDSBLOM e.a. (reds.), Hoofdstukken uit de Sociologie, Utrecht, 1977, p. 198-214.

- (2) A.C. ZIJDERVELD, o.c., p. 179-180.
J.J. VAN HOOF, o.c., p. 134-135.

Het accent komt te liggen op het empirisch - voornamelijk kwalitatief - onderzoek dat via inductie tot in de werkelijkheid gefundeerde theorieën kan komen (1). Dit impliceert dat men a.h.w. onvooringenomen de sociale werkelijkheid tegemoet kan treden en dat - aldoende voldoende uniformiteiten zullen opduiken die allengs in categorieën uitgedrukt kunnen worden (2).

3. Een beknopte evaluatie (3).

Zoals inmiddels is duidelijke geworden, wordt de theoretische hoeksteen van het symbolisch interactionisme gevormd door het proces van betekenisgeving. De eigen inbreng van het individu wordt sterk benadrukt: m.a.w. er is sprake van een sterk voluntaristisch element.

Deze neiging om de zelfbepaling van het individu te accentueren, leidt evenwel gemakkelijk tot excessen. De grenzen die in de praktijk worden gesteld aan deze zelfbepaling worden gemakkelijk verwaarloosd. Dit impliceert:

- een overschatting van het bewust, rationeel karakter van het menselijk handelen;
- een onderschatting van beperkingen aanwezig in elke situatie; in casu belangen- en machtsverschillen krijgen weinig aandacht.

Deze tekortkomingen houden verband met het maatschappijbeeld gehanteerd door het symbolisch interactionisme. Dit beeld is ten eerste weinig geprofileerd. De sociaal-psychologische oorsprong maakt dat het symbolisch interactionisme ook nu nog vaak een micro-sociologie is, waardoor weinig aandacht wordt besteed aan de ruimere kaders waarbinnen concrete interactiesituaties gesitueerd zijn. Macro-sociologische structuren en processen komen er nauwelijks aan te pas.

Ten tweede wordt uitgegaan van een vanzelfsprekende consensus in concrete interactiesituaties, die wordt afgeleid uit een veronderstelde consensus op het niveau van de samenleving. Deze veronderstelling is gebaseerd op het hoger beschreven proces van role-taking, waarbij mensen in hun alledaagse interactie voortdurend hun gedrag op elkaar afstemmen door zich te verplaatsen

(1) A.C. ZIJDERVELD, o.c., p. 176.

(2) IBID, p. 190.

(3) J.J. VAN HOOFF, o.c., p. 129-131 en p. 138-144.

in elkaars standpunt. Hierdoor ontstaat een gemeenschappelijk perspectief waardoor de betrokkenen een ongeveer gelijke kijk hebben op de situatie.

Dit alles impliceert dat het oorspronkelijk symbolisch-interactionisme - zoals het hierboven werd omschreven - weinig aandacht besteedt aan fenomenen zoals macht, conflict en belangen. Zoals uit wat volgt zal blijken werd aan deze kritiek deels tegemoet gekomen in de toepassing van het symbolisch interactionisme op concrete terreinen.

4. Een toepassing: het onderzoek van afwijkend gedrag of de 'labeling-benadering' (1).

De symbolisch interactionistische theorie van het afwijkend gedrag werd tot stand gebracht door mensen als Tannenbaum, Lemert, Becker, Thomas en Sheff.

Beckers. definitie van afwijkend gedrag luidt: afwijkend gedrag is gedrag dat door de mensen met wie iemand interacteert als afwijkend wordt bestempeld. Het wezen van deviantie ligt hier dus - in tegenstelling tot meer functionalistisch georiënteerde theorieën - niet in het afwijkend gedrag zelf, maar wel in de reactie van anderen op de - veronderstelde - overtreding van regels. M.a.w. deviantie is in de eerste plaats een zaak van etikettering, van labels opplakken. Becker gaat uit van de vaststelling dat mensen vaak regels overtreden zonder dat dit als afwijkend gedrag wordt bestempeld en anderzijds dat mensen soms als afwijkend worden bestempeld zonder regels overtreden te hebben. M.a.w. deviantie wordt voornamelijk gecreeerd; normschendingen worden pas afwijkend gedrag wanneer ze als zodanig worden gedefinieerd door omstanders.

Analoog hiermee maakte Lemert reeds vroeger een onderscheid tussen primaire en secundaire deviantie. Van secundaire deviantie spreekt hij van zodra de normoverschrijdingen hun toevallig en incidenteel karakter verliezen en er maatschappelijke reacties optreden zodat ze manifestaties worden van een deviante identiteit.

Erg belangrijk in de symbolisch interactionistische benadering van afwijkend gedrag is verder het begrip 'carrière'. Een individu is/wordt niet zomaar een deviant, maar wordt dit via een socialiseringsproces.

-
- (1) A.C. ZIJDERVELD, o.c., p. 146 e.v.
J.J. VAN HOOFF, o.c., p. 135-138.
G. SNEL, o.c., p. 60-97.

Wanneer de maatschappelijke reacties op een normovertreding het labelen als afwijkend gedrag impliceert, en vooral wanneer dit met succes gebeurt, dan heeft dit een grote invloed op de verdere interactieprocessen tussen de betrokkene en zijn omgeving. Een dergelijk label krijgt zeer vlg een zelfvervullend karakter, en de betrokkene wordt deviant in die zin dat het etiket de ganse persoon gaat overheersen. Dit kan mede impliceren dat de betrokkene een nieuwe subcultuur intreedt, die hem via socialiseringsprocessen wordt bijgebracht. Deze aandacht voor het 'carrière'-aspect maakt duidelijk dat de labeling-benadering alle aandacht concentreert op secundaire deviantie.

Uit de voorgaande omschrijving blijkt reeds dat deze benadering van afwijkend gedrag een aanvulling biedt op het initiële theoretische perspectief hoger beschreven. Er wordt met name duidelijk gewezen op conflicten en spanningen die optreden in de interactieprocessen, wanneer sommige mensen anderen proberen te etiketteren. Verder stelt Becker de vraag hoe de regels op grond waarvan iemand als afwijkend wordt bestempeld, tot stand komen. Wanneer hij in dit verband spreekt over 'moral entrepreneurs' - dit zijn de sociale controle-agenten die regels maken en ze afdwingen - geeft dit uiteraard ruimte voor de introductie van machts-elementen (1).

Toch blijft deze visie nog op een meso-niveau hangen; ze blijft meestal beperkt tot kritiek op de sociale controle-agenten van het middenniveau (bv. de politie). Door de aandacht te concentreren op de definities van afwijkend gedrag door de sociale controle instanties in de samenleving, blijft men zich beperken tot afwijkend gedrag van de machtelozen in de samenleving (2).

Ook vanuit fenomenologische hoek kwam kritiek op deze symbolisch-interactionistische benadering van afwijkend gedrag. Hieraan wordt later aandacht besteed.

(1) J.J. VAN HOOFF, o.c., p. 138.

(2) G. SNEL, o.c., p. 68-69 en p. 94-95.

B. FENOMENOLOGISCHE SOCIOLOGIE.

1. Ontstaan en voorgangers (1).

De term 'fenomenologische sociologie' verwijst naar de band die deze richting heeft met de Europese fenomenologische filosofie. Het uitgangspunt van deze filosofie - waarvan Husserl de grondlegger is - is dat de werkelijkheid, die door de wetenschap tot object wordt gemaakt, niet los kan beschouwd worden van de mens, door wie ze in het dagelijks leven wordt ervaren. Het eerste gegeven van iedere wetenschap is dus de dagelijkse ervaring van de werkelijkheid, zoals die zich oorspronkelijk aan ons voordoet, verschijnt - vandaar de naam 'fenomenologie' (cfr. het Griekse *φαινόμενα*).

Uit de voorgaande omschrijving blijkt duidelijk de centrale gedachte van de fenomenologie. Het bewustzijn van de mens is een actieve gerichtheid op zijn wereld. Deze intentionaliteit impliceert een wederzijdse verbondenheid van bewustzijn en wereld: bewustzijn is bewust zijn van; de wereld is steeds de wereld van. Hiermee krijgt het subject een actief aandeel in de totstandkoming van de werkelijkheid. De wereld bestaat niet los van zijn opvallende activiteit. Deze realiteitsconstructie is dus voor de fenomenologie intrinsiek noodzakelijk, terwijl ze voor het symbolisch interactionisme eerder een instrumenteel-pragmatische basis heeft. De opdracht van de fenomenologie is dan ook enerzijds het beschrijven van deze objecten van het bewustzijn, en anderzijds het aantonen van de wijze waarop deze objecten tot stand komen. Op te merken hierbij is dat het voorgaande niet uitsluit dat er steeds terugkerende kenmerken zijn in de wijze waarop de wereld zich in de ervaring presenteert.

Voor Husserl is de dagelijkse ervaring in de 'Lebenswelt' de oorsprong, de basis der sociale wetenschappen. Deze 'Lebenswelt' is het totale veld waarbinnen mensen leven, handelen. Het onderzoek van deze 'Lebenswelt' is een analyse van de oorspronkelijke ervaring om als filosoof de wezenlijke structuren van de werkelijkheid te kunnen opsporen.

-
- (1) H.L. COENEN, "Fenomenologie en sociologie", in:
L. RADEMAKER & H. BERGMAN, Sociologische Stromingen,
Utrecht, 1977, p. 88-97.
A.W. FRANK, "Reality construction in interaction",
in: Ann.Rev.Sociol., 1979, 5, p. 169.
M. PHILLIPSON, "Phenomenological philosophy and sociology", in: P. FILMER e.a. (eds.), New Directions
in Sociological Theory, London, 1972, p. 120-123.

Benevens de fenomenologie als filosofische strekking, is ook de reactie die op het einde van de 19^e eeuw rees tegen het objectivisme in de sociologie, een belangrijke inspiratiebron geweest voor de fenomenologische sociologie. Dit verzet richtte zich vooral tegen het benaderen van de sociale werkelijkheid met methoden en begrippen die niet aangepast zijn aan het eigen karakter van die werkelijkheid. In het bijzonder Webers' verstehende sociologie (de 'subjectiv gemeinter Sinn') moet in dit verband vermeld worden.

2. Fenomenologie en sociologie: Schutz.

A. Schutz (1899-1959) was de eerste die een fenomenologisch begrippenkader expliciet richtte op de wetenschappelijke bestudering van de sociale werkelijkheid. Hij probeerde hierbij Webers' verstehende sociologie te verbinden met de fenomenologie van Husserl. Ook symbolisch interactionistische invloed is duidelijk merkbaar.

a. Schutz' theoretisch perspectief (1).

In 'Der Sinnhafte Aufbau der Sozialen Welt' (1932) stelt Schutz dat de sociale werkelijkheid een uit zijn betrokken handelen opgebouwde constellatie is. Ook na zijn uitwijking naar de V.S. blijft hij het sociale leven zien als een gebeuren dat wordt beheerst door de wederzijdse interpretaties van de handelende subjecten.

Een begrip dat hierbij in zijn denken centraal staat is dat van 'life world'. Hij definieerde dit als het geheel van werkelijkheidsinterpretaties, het geheel van kennis waarop actoren voortdurend steunen in hun dagelijks leven en waardoor het verloop van hun handelingen en interacties wordt bepaald. Hierdoor werd de aandacht van de sociologie gericht op de alledaagse kennis en haar sociale implicaties.

Het subjectervaart deze life world doorgaans als vanzelfsprekend en intersubjectief. Met dit laatste wordt bedoeld dat de wereld door het 'self' en de anderen wordt ervaren als een gemeenschappelijke wereld. Het betekent verder dat het bewustzijn een sociale origine heeft, d.w.z. aangereikt wordt aan het individu in de opvoeding en in de dagelijkse omgang met de anderen.

(1) H.L. COENEN, o.c., p. 100-103.
A.C. ZIJDERVELD, o.c., p. 212-213.
M. PHILLIPSON, o.c., p. 119 e.v.

Toch is deze life world een uniek gegeven, tot stand gekomen in ieders persoonlijke geschiedenis, en dus biografisch bepaald. Daarnaast wordt deze life world bepaald door relevantiestructuren die voortvloeien uit het levensplan van de betrokkene en uit zijn interesses. De dagelijkse werkelijkheid is er in de eerste plaats één van praktische interesses, van handelen; wordt m.a.w. beheerst door pragmatische motieven.

Deze kennis van de werkelijkheid is meestal slechts schematisch en ziet af van individuele kenmerken: ze bestaat dus grotendeels uit typificaties. Deze typificaties zorgen voor de cognitieve orde van de wereld en zijn ook een noodzakelijke voorwaarde tot communicatie (1).

Slechts uitzonderlijk wordt deze vanzelfsprekende werkelijkheid overstegen. De wetenschappelijke activiteit is hiervan één voorbeeld. De life-world wordt in dit geval niet meer als vanzelfsprekend beschouwd, maar daarentegen in vraag gesteld.

b. Methodologische consequenties (2).

Uit de voorgaande omschrijving wordt duidelijk dat de sociale wetenschappen een andersoortig object hebben dan de natuurwetenschappen. Voor de sociale wetenschappen gaat het om een van te voren geïnterpreteerd studietoerrein. Het gaat bijgevolg niet op om sociale feiten als dingen te beschouwen.

Een belangrijk thema in het werk van Schutz is dan de verhouding tussen de alledaagse kennis en de wetenschappelijke kennis. Wetenschappelijke kennis blijft voor Schutz gefundeerd op de kennis van de alledaagse wereld en is zelfs niet mogelijk zonder deze laatste. Gezien de dagelijkse kennis reeds opgebouwd is uit types, is het voor de wetenschappelijke kennis niet nodig zijn toevlucht te nemen tot willekeurige constructies, zoals bv. de ideaaltypen van M. Weber. De rationeel-wetenschappelijke constructies zijn verbijzonderingen, tweedegraadsabstracties van de alledaagse typificaties in de dagelijkse leefwereld. Niet alleen zijn de alledaagse betekenissen bron voor de wetenschappelijke

(1) Op dit punt is ook de invloed van Simmel merkbaar, die over het typifiëren in de voorwetenschappelijke kennis van de leefwereld spreekt, en dit een apriori noemt voor de samenleving.
Cfr. A.C. ZIJDERVELD, o.c., p. 214.

(2) A.C. ZIJDERVELD, o.c., p. 212-217.

ideaaltypes, ze zijn ook een garantie voor hun adequaetheid. De controle van de eerste over de laatste zorgt voor een voortdurende betrokkenheid van de theorieën op de werkelijkheid.

Met deze stellingname sluit de fenomenologische sociologie slechts gedeeltelijk aan bij de vroeger geschetste visie van het symbolisch interactionisme. Alhoewel ook hier de nadruk wordt gelegd op de aansluiting bij de alledaagse werkelijkheid, resulteert het hier niet in een naief empirisme waarbij begrippen en theorieën a.h.w. vanzelf uit de empirie oprijzen.

3. Een beknopte evaluatie (1).

Schütz' toepassing van de fenomenologie op de sociologie heeft meerdere reacties uitgelokt.

Om te beginnen werd meermaals gewezen op de verschuiving in de betekenissen gehecht aan de 'Lebenswelt', resp. 'life world'. Waar Husserls 'Lebenswelt'-begrip kentheoretisch van aard was, wordt de 'life world' bij Schütz een empirische variabele in het verklaringsmodel van de verstehende sociologie. Door deze betekenisverschuiving kan de fenomenologische sociologie in haar verdere ontwikkeling bestempeld worden als kennis sociologie.

Ten tweede wordt Schütz' werk gekenmerkt door een zekere ambivalentie, waarbij het individualistisch gezichtspunt het overwicht krijgt. Niettegenstaande de aanwezigheid van sociaal-realistische elementen, wijst Schütz op het uniek karakter van het perspectief dat elk individu heeft op de sociale werkelijkheid. Een 'bovenpersoonlijke' werkelijkheid heeft geen eigen bestaan, maar is een getypifieerde voorstelling in de hoofden van de individuen. Hiermee wordt volgens de critici afbreuk gedaan aan Husserls opvatting die juist wees op de aanwezigheid van twee polen: de activiteiten van het kennende subject en de objecten die zich aan het subject voordoen.

.../... H.L. COENEN, o.c., p. 103-104.
G. SNEL, o.c., p. 98.

(1) H. COENEN, "Fenomenologie en sociologie", in:
Mens en Maatschappij, 1975, 1, p. 38-72.

4. Verdere ontwikkelingen: kennis sociologie en ethnomethodologie.

a. De kennis sociologie van Berger en Luckman (1).

Schütz' visie heeft een verdere toepassing gevonden bij de kennis sociologie van Berger en Luckman. In tenstelling tot de eerste zien deze auteurs "zin" niet meer als het produkt van het individueel bewustzijn, maar als het resultaat van een collectieve prestatie.

De alledaagse kennis is voor hen het fundament van twee bewegingen in het maatschappelijk proces: aan de ene kant het ontstaan van dwingende instituties uit vrij ontworpen handelingen van individuen (institutionalisering), aan de andere kant de bestendiging ervan door inlijving van nieuwe leden (internalisering).

Door het proces van institutionalisering worden zingen, ontworpen door concrete individuen voor de oplossing van bepaalde problemen, door standaardisering tot meer objectieve schemata gemaakt. Deze regulering van gedrag is noodzakelijk omwille van het ontbreken van een instinctenapparaat bij de mens. Voor nieuwe generaties dienen dergelijke instituties gelegitimeerd om ook voor hen als objectief te kunnen gelden. Het proces van legitimering impliceert m.a.w. een tweede objectivering. Dit legitimeringsproces brengt allerlei gedragspatronen in een functioneel verband, waardoor een nieuwe zinssamenhang, een 'symbolische zinswereld' ontstaat.

Door de internalisering is het mogelijk dat individuen zich meestal automatisch laten leiden door het objectief betekenisstelsel. Het individu leert de werkelijkheid interpreteren volgens de collectief geldende normen. Deze internalisering gebeurt via de socialiseringsprocessen en in de dagelijkse interactie van het individu en zijn directe omgeving.

b. De ethnomethodologie (3).

Eveneens in het verlengde van Schütz' werk ontwikkelde zich de zgn. ethnomethodologie. Nog duidelijker dan bij Schütz worden sociaal-structurele voorgegevenheden en

(1) G. SNEL, o.c., p. 101.

(2) H.L. COENEN, "Fenomenologie en sociologie", in: L. RADEMAKER & H. BERGMAN (reds.), Sociologische Stromingen, Utrecht, 1977, p. 110-113.

(3) H. COENEN, "Fenomenologie en sociologie", in: Mens en Maatschappij, 1975, p. 63.

collectieve bewustzijnsinhouden herleid tot het situatie-gebonden en positiegebonden weten van afzonderlijke individuen. Alles wat uitgaat boven het individu wordt realiteitswaarde ontzegd.

De analyses der ethnomethodologie zijn meer gesitueerd op het microvlak, en tevens meer empirisch georiënteerd. Hun centrale vraagstelling is welke de regels, de methoden zijn die mensen in hun dagelijks leven toepassen om hun sociale werkelijkheid te construeren, en welke structuren zijn van de zo geconstrueerde realiteit.

5. Fenomenologie en afwijkend gedrag.

Voor zover afwijkend gedrag vanuit fenomenologische hoek werd benaderd, gebeurde dit voornamelijk door de aanhangers van de ethnomethodologie.

Eén der belangrijkste bijdragen van het symbolisch interactionisme, is de breuk met de notie van objectieve deviantie. Toch is deze idee nog niet volledig consequent doorgezet. Weliswaar werd het beeld van een homogene sociale structuur, waarbij het gedrag der participanten werd bepaald door externe, uitwendige waarden, vervangen door een beeld van diverse waardesystemen, maar deze laatste werden al even determinerend gezien t.a.v. menselijk gedrag (1). Wanneer m.a.w. de definities, de meningen van participanten worden gepresenteerd, vormen zij niet het basismateriaal met het oog op een analyse van hun constructie, maar worden zij beschouwd als indicatoren van waarden en normen (2). Hierdoor worden de verzamelde gegevens nog te weinig gehanteerd als bron van onderzoek en te veel als illustratie van de eigen conceptie. Ze 'her'beschrijven dus de gebeurtenissen op hun eigen wijze, eerder dan een analyse te maken van de beschrijvingen van de participanten. De verzamelde gegevens worden m.a.w. weinig gehanteerd als bron van onderzoek en te veel als illustratie van de eigen opvattingen.

-
- (1) D.H. ZIMMERMAN & D. WIEDER, "Ethnomethodology and the problem of order: comment on Denzin", in: J.D. DOUGLAS (ed.), Understanding Everyday Life, London, 1971, p. 285-299.
 - (2) M. PHILLIPSON & M. ROCHE, "Phenomenology, sociology and the study of deviance", in: P. ROCK & M. McINTOSH (eds.), Deviance and Social Control, London, 1974, p. 147-148.

Een tweede element van kritiek is dat de symbolisch-interactionistische benaderingswijze zich niet voldoende consequent heeft beziggehouden met de alledaagse realiteit. Dit blijkt voornamelijk uit het feit dat hun aandacht hoofdzakelijk gaat naar deviantie zoals die door de officiële instanties wordt gedefinieerd. Deviantie wordt m.a.w. maar weinig geanalyseerd vanuit het perspectief van verschillende groepen in de samenleving. Nogmaals een illustratie dus van het feit dat symbolisch interactionisten nog te sterk uitgaan van een eigen conceptie m.b.t. afwijkend gedrag. Het resultaat hiervan is dat de symbolisch interactionistische studies van afwijkend gedrag uiteindelijk betrekking hebben op dezelfde categorieën personen die ook in de meer traditionele, etiologische benaderingswijzen van afwijkend gedrag worden onderzocht.

Dit alles heeft ondermeer te maken met het feit dat symbolisch interactionisten hun aandacht hoofdzakelijk hebben geconcentreerd op de sociale reactie, waardoor de secundaire deviantie, het carrière-aspect sterk centraal is komen te staan. Hierdoor wordt echter voornamelijk een verklaring gegeven voor de escalatie van afwijkend gedrag in een deviante carrière en identiteit, evenwel niet voor het initiele regeloverschrijdende gedrag. Bovendien kan secundaire deviantie ook het resultaat zijn van labelingsprocessen waarbij officiële instanties nauwelijks te pas komen, maar waarbij de zelfdefiniering en de definiering door grote groepen uit de samenleving wel een belangrijke rol spelen. Als reactie op meer functionele benaderingswijzen in de sociologie hebben symbolisch interactionisten soms gereageerd met een totale ontkenning van bepaalde dominante waardepatronen in de samenleving (1).

-
- (1) G. SNEL, o.c., p. 94.
C.B. WARREN & J.M. JOHNSON, "A phenomenological critique of labeling theory", in: R.A. SCOTT & J.D. DOUGLAS, Theoretical Perspectives on Deviance, New York, 1972, p. 69-92.

PARAGRAAF 2. TOEPASSINGEN.

INLEIDING.

De eerste analyses van ziekte en ziektegedrag die van de labeling-benadering gebruik maakten waren vooral geseitueerd op het terrein der geestelijke gezondheid. Illustraties zijn het werk van Szasz (1) en later van Goffman (2). Goffmans werk toont trouwens aan dat het symbolisch interactionisme ook toepassingen kan vinden op meso-niveaus (3).

Verder waren er ook al snel toepassingen bij groepen patiënten geconfronteerd met ernstige aandoeningen. Het onderzoek van Davis (4) had betrekking op gezinnen met polio-kinderen; dat van Roth op tuberculosepatiënten (5). De interactie tussen de zieke persoon, zijn familie en de behandelde deskundigen werd er sterk in benadrukt. De studie van Stimson en Webb (6) situeert zich op het terrein der huisartsgeneeskunde, en handelt voornamelijk over de arts-patientrelatie.

Een eerste ruime aanzet is te vinden bij Robinson (7), die hieronder wat exhaustiever wordt behandeld. Een erg uitvoerige toepassing vinden we vervolgens bij

-
- (1) T. SZASZ, The Myth of Mental Illness, New York, 1961.
 - (2) E. GOFFMAN, Asylums, New York, 1961.
 - (3) P.G. SWANBORN, Methoden van Sociaal-wetenschappelijk onderzoek. Inleiding in Ontwerpstrategieën, Amsterdam, 1981, p. 366.
 - (4) F. DAVIS, Passage through Crisis, Indianapolis, 1963.
 - (5) J.A. ROTH, Time-tables: Structuring the Passage of Time in Hospital Treatment and Other Careers, Indianapolis, 1963.
 - (6) G. STIMSON & B. WEBB, Going to See the Doctor, London, 1975.
 - (7) D. ROBINSON, The Process of Becoming Ill, London, 1971.

Freidson (1), waarbij zowel de invloed van het symbolisch interactionisme, als van de kennissociologie van Berger en Luckman duidelijk voelbaar is. Tenslotte is Dingwall (2) vooral door de fenomenologie, en in het bijzonder door de ethnomethodologie geïnspireerd.

A. ROBINSON: THE PROCESS OF BECOMING ILL (1971).

1. Robinsons visie.

Robinson begint zijn boek met het maken van een onderscheid tussen 'disease' enerzijds en 'illness behaviour' anderzijds. Naar dit laatste gaat zijn interesse als socioloog, omdat het de aandacht vestigt op ziekte als een 'sociale toestand'. Hoe mensen ziek worden in deze laatste betekenis is het opzet van zijn studie bij 24 Zuid-Wales families die hij gedurende 18 maanden observeerde.

Zijn vertrekpunt is de vaststelling dat een zelfde objectieve ziekte-toestand bij de ene persoon wel kan leiden tot ziek zijn als een sociale toestand, en bij een andere niet. Er is m.a.w. een differentieële toegang tot de status van zieke.

Vandaar ook zijn kritiek op veel onderzoek naar ziekte-gedrag dat retrospectief van aard is. Dit soort onderzoek selecteert een onderzoekspopulatie die beroep doet op een deskundige en reconstrueert door middel van interviews de processen die hieraan voorafgaan. Een hele serie van ziektegedragsvormen vallen hierdoor buiten beschouwing. Bovendien krijgt in dergelijk onderzoek de socio-culturele context meestal weinig aandacht.

-
- (1) E. FREIDSON, Profession of Medicine, New York, 1973.
 - (2) R. DINGWALL, Aspects of Illness, London, 1976.

Daarentegen stelt hij zijn eigen prospectief opgezet onderzoek. Daaruit blijkt op de eerste plaats dat er verschillende meningen bestaan over welke tekenen als symptomen van ziekte kunnen beschouwd worden en over wat er moet gedaan worden als antwoord op dergelijke symptomen. Deze verschillen hielden verband met de sociale positie van de betrokkenen.

Ziektegedrag wordt beschouwd als een beslistkundig proces gebaseerd op de betekenis die de betrokkenen (individu en omgeving) geven aan de ziektesituaties en op de beslissingen die ze maken in het licht van hun opvattingen m.b.t. de voor- en nadelen verbonden aan het ziek zijn (1).

2. Kritische reflecties.

De bedenkingen die bij Robinsons boek kunnen gemaakt worden zijn zowel van inhoudelijke als van methodologische aard.

De belangrijkste inhoudelijke kanttekening heeft betrekking op het feit dat Robinson geen aandacht besteedt aan de bredere structurele context waarbinnen een beslissing wordt genomen. Zo wordt meer concreet buiten beschouwing gelaten dat huisartsen functioneren in het kader van de National Health Service (2).

Bij Robinsons kritiek op het retrospectief en kwantitatief karakter van veel onderzoek naar ziektegedrag en medische consumptie, kan ook een voetnoot geplaatst worden. Weliswaar is het in de praktijk inderdaad zo ge-

(1) D. ROBINSON, o.c., p. 1-3 en p. 107-118.

(2) Zie: A. ANTONOVSKY, boekbespreking in: Social Science and Medicine, 1972, p. 653-654.

weest dat dit soort onderzoek uitsluitend gericht is geweest op medische consumptie (1), maar Robinson wekt hier de indruk dat hieraan alleen kan verholpen worden door resoluut te opteren voor prospectief en meer kwalitatief onderzoek. Dat dit een overdreven stellingname is, zal duidelijk worden in het vervolg van dit proefschrift.

Ook op de kwalitatieve aanpak van Robinson wordt kritiek geformuleerd. Antonovsky richt zijn kritiek niet zozeer op het gebruikmaken van meer kwalitatieve onderzoeksmethoden zoals het diepte-interview, maar wel op de presentatie der resultaten alsof het kwantitatief onderzoek betreft (2).

B. FREIDSON: PROFESSION OF MEDICINE (1973).

Freidsons conceptualisering van ziekte kan als een duidelijke toepassing van symbolisch interactionisme en empirische kennisociologie beschouwd worden. Dit onderdeel beperkt zich tot de weergave ervan. De kritische reflecties erop werden geformuleerd vanuit fenomenologische hoek. Dingwall is de eerste geweest die het fenomenologisch gedachtegoed op consistente wijze heeft toegepast op het terrein van ziekte en gezondheid. Hiertoe vertrok hij ondermeer vanuit een kritiek op Freidson, die daarom onder punt C. zal behandeld worden.

1. Ziekte als sociale deviantie (3).

In de traditie van de kennisociologie van Berger en Luckman ontwikkelt Freidson zijn visie op ziekte als een sociale realiteit, analytisch te onderscheiden van

(1) Zoals nog overduidelijk zal blijken in deel 2 van dit proefschrift.

(2) A. ANTONOVSKY, o.c.

(3) E. FREIDSON, o.c., p. 205-223.

ziekte als een biofysische realiteit. In zijn terminologie :

"Illness as a social state is created and shaped by human knowledge".

Belangrijk is in dit perspectief niet de vraag naar het ontstaan van een toestand, wel de vraag naar het ontstaan van de betekenis gehecht aan een toestand. Er wordt m.a.w. de vraag gesteld naar de factoren die maken dat een bepaalde set van kenmerken als ziekte worden gelabeld en andere niet, evenals de vraag naar de factoren die bepalend zijn voor ervaringen en gedrag van mensen die als dusdanig worden gelabeld.

Freidson beschouwt ziekte vervolgens als een vorm van deviantie. Binnen dit kennissociologisch perspectief preciseert hij het als sociale deviantie. Hiervoor grijpt hij terug naar Lemerts en Beckers theorieën (cfr. supra) m.b.t. afwijkend gedrag. Dit impliceert dat deviantie niet zozeer als een toestand wordt beschouwd, maar als een zaak van definiëring. Het is m. a.w. een sociale constructie.

2. Een typologie van ziekten (1).

Vanuit dit perspectief ontwikkelt Freidson criteria om verschillende vormen van deviantie te onderscheiden. Zijn indeling is dus gebaseerd op betekenissen gehecht aan deviantie. Hiervoor zoekt hij aansluiting bij Parsons' definiëring van de zieke-rol, die hij kritisch verder uitwerkt.

a. Toegeschreven verantwoordelijkheid en toegeschreven ernst.

In eerste instantie hanteert Freidson de volgende twee criteria:

(1) E. FREIDSON, o.c., p. 224-240.

- De verantwoordelijkheid die wordt toegeschreven aan de als deviant geëtiketteerde persoon (cfr. Parsons);
- De ernst die aan de deviantie wordt toegeschreven. Freidson beschouwt dit criterium als de basis waarop geoordeeld wordt of en in welke mate de betrokkene ontheven wordt van zijn normale rolverplichtingen.

Deze factoren zijn medebepalend voor de variaties in maatschappelijke reacties en de variaties van het gedrag van de als deviant geëtiketteerde:

- Het al of niet verantwoordelijk geacht worden voor de deviantie reflecteert de twee belangrijkste hedendaagse westerse controlemechanismen, nl. het recht en de geneeskunde. In het eerste geval wordt de deviantie 'misdadig' genoemd en de maatschappelijke reactie bestaat uit een straf. In het tweede geval spreekt men van 'ziekte' en de maatschappelijke reactie is permissiever, op voorwaarde dat de ziekte behandeld wordt.
- De geïmputeerde ernst van de afwijking bepaalt de grote van de maatschappelijke reactie (cfr. Lemerts primaire en secundaire deviantie).

b. Toegeschreven legitimiteit.

Om verdere onderscheidingen te kunnen maken binnen het fenomeen ziekte als sociale deviantie, introduceert Freidson een derde criterium, nl. de toegeschreven legitimiteit. Ook hier vertrekt hij vanuit Parsons' omschrijving, met name vanuit de twee overblijvende kenmerken van de zieke-rol.

De legitimiteit van de zieke-rol was bij Parsons maar gegarandeerd op voorwaarde dat de betrokkene wou genezen en hiervoor wou beroep doen op competente hulp. Hierop is veel kritiek gekomen, waarvan de belangrijkste de beperkte toepassing is, nl. tot ernstige acute aan-

doeningen. Bij chronische aandoeningen en handicaps kan veeleer gesproken worden van een onvoorwaardelijke legitimiteit. Bij minder ernstige aandoeningen is de voorwaarde tot legitimiteit meestal beperkt tot de wil om beter te worden, waarschijnlijk omdat in dergelijke gevallen door de betrokkenen slechts zeer beperkte privileges worden geclaimd. Anderzijds zijn er evenzeer voorbeelden van aandoeningen die doorgaans als illegitiem worden beschouwd. Alhoewel de betrokkenen niet verantwoordelijk gesteld worden voor hun toestand, worden hen toch - net zoals in het geval van misdaad - bepaalde verplichtingen opgelegd. In Gofmann's terminologie gaat het hier om gestigmatiseerde aandoeningen.

c. Een typologie van ziekten.

Op basis van de criteria 'ernst' en 'legitimiteit' komt Freidson dan tot de volgende typologie van ziekten:

Schema: Freidson's typologie van ziekten.

Geïmputeerde ernst		illegitiem	voorwaardelijk legitiem	geïmputeerde legitiemiteit
kleine afwijking	- gedeeltelijke onthef- ting van bepaalde verplichtingen	- weinig of geen privi- leges	- tijdelijke toekennen van gewone privileges	- "Litttekens van pokken"
	- enkele nieuwe ver- plichtingen	- verplichting beter te willen worden	- "verkoudheid"	- geen speciale ver- anderingen in ver- plichtingen of privileges
grote afwijking	- opschorting van een paar gewone ver- plichtingen	- weinig of geen nieuwe privileges	- tijdelijke onthef- ting van een paar verplichtingen	- "kankeer"
	- enkele nieuwe ver- plichtingen	- verplichting beter te willen worden en hulp te zoeken	- "Longontsteking"	- opschorting van ve- le gewone verplich- tingen
				- duidelijke toegang tot privileges

3. Ziektegedrag als een proces (1).

Uiteraard blijft Freidson's visie, in de hier voorgaande pagina's samengevat, erg statisch. Maar in navolging van de symbolisch-interactionistische visie op afwijkend gedrag (cfr. supra) beschouwt hij ook ziektegedrag als een procesmatig gebeuren. Het concept 'carrière' is ook van toepassing op ziekte.

Duidelijker dan in de voorgaande typologie, wordt de invloed van het symbolisch-interactionistisch perspectief hier zichtbaar. Het overstappen van de ene fase naar een volgende wordt met name duidelijk bepaald door de ervaringen van de betrokken individuen in hun interactie met verschillende sociale controle agenten, leken zowel als professionals.

4. De rol van de professionals in de sociale constructie van ziekte (2).

Freidson werkt de sociale constructie van ziekte in de eerste plaats verder uit aan de hand van concepten die professionals er op na houden. Geneeskunde wordt gezien als één vorm van maatschappelijke reactie op afwijkend gedrag. De determinanten van de inhoud en de organisatie van deze reactie worden geanalyseerd.

Freidson gaat uit van een institutionele werkverdeling tussen de professies wat betreft het omgaan met deviantie. De medische professie heeft de exclusieve jurisdictie wat betreft de toepassing van het label ziekte en wat betreft de beslissing wat onder dit label dient verstaan te worden. Gezien het Amerikaans waardesysteem grote nadruk

(1) E. FREIDSON, o.c., p. 240-243.

(2) IBID., p. 244-277.

legt op gezondheid - ten koste van religieuze en wettelijke labels - wordt steeds meer deviantie als ziekte gedefinieerd. Hieruit volgt dat de medische professie steeds meer vormen van afwijkend gedrag onder haar jurisdictie krijgt.

De taak der medische professie bestaat niet louter uit studie, maar ook uit actieve interventie, wat zowel 'behandeling' impliceert als het 'ontdekken' van nog niet gekende aandoeningen. Dit betekent m.a.w. een actieve oriëntatie van de medische professie op het creëren van nieuwe sociale betekenissen m.b.t. ziekte. In de mate dat ziekte hierbij als iets slechts wordt gedefinieerd, impliceert dit dat de medische professie de rol vervult van een 'moral entrepreneur'. De medische activiteit creëert nieuwe regels die deviantie definiëren.

Toch constateert Freidson aanzienlijke variaties in diagnosestelling en behandeling. Hij schrijft dit toe aan het subjectief karakter van de persoonlijke klinische ervaring van de arts. In het bijzonder het placebo-effect ligt aan de basis van het naast elkaar bestaan van verschillende medische scholen. Vele resultaten van de medische praktijk zijn minstens voor een even groot deel hieraan toe te schrijven dan aan zgn. objectieve, onafhankelijke factoren. Als mens ontsnappen ook artsen niet aan een subjectieve bias.

Deze variaties worden nog in de hand gewerkt door de selectieprocessen die in de consultatie van een deskundige zijn betrokken. Deze kunnen zowel door de deskundige geïnitieerd zijn als door de betrokkene zelf. Er kan dan ook sprake zijn zowel van onderrapportering vanwege de cliënt, als van overrapportering vanwege de professional. In elk geval zijn diagnose en behandeling gebaseerd op die gevallen die onder de aandacht komen van de deskundige.

5. De rol van de leek in de sociale constructie van ziekte (1).

Met het mogelijke onderrapporteren van de leek, wordt meteen een aanzet gegeven wat betreft de rol die deze laatste heeft in de creatie van ziekte als een sociaal iets. Professionele definities krijgen slechts een kans wanneer leken een gezondheidsprobleem percipiëren dat ze bovendien ernstig genoeg achten om professionele hulp in te roepen. Medische consumptie is een georganiseerd selectief proces, in belangrijke mate onafhankelijk van de medische professie.

Een eerste stap in de analyse van de lekenconstructie van ziekte als sociaal fenomeen, zijn de lekendefinities van symptomen en ziekte. Ervaring van één of ander ongemak, dat als afwijking wordt beschouwd van de verwachtingen is het centraal uitgangspunt. Het meest duidelijke voorbeeld is pijn, maar er zijn er andere, zoals vermoeidheid, geïrriteerdheid, een wonde, enz...

Belangrijk hierbij zijn niet deze fenomenen als biologische aangelegenheden, maar de eraan gehechte betekenis van iets dat afwijkt van de verwachtingen, van het wenselijke. Hierbij wordt de maatstaf van wat als normaal wordt beschouwd en wat niet mede bepaald wordt door de dagdagelijkse ervaringen van de betrokkene en is dus cultureel en historisch variabel.

Pas wanneer de betrokkenen dergelijke symptomen als voldoende ernstig definiëren zullen zij er iets voor ondernemen. Medische consumptie is dan één van de alternatieven.

Deze tweede stap - of mensen al of niet gaan consumeren - wordt bovendien in sterke mate bepaald door socio-cultureel

(1) E. FREIDSON, o.c., p. 278-301.

rele factoren. Centraal stelt Freidson hier de mate waarin er overeenkomst bestaat tussen lekenopvattingen en opvattingen van professionals. Dit laatste wordt steeds meer problematisch, daar in de Westerse samenlevingen de professionele kennis steeds uitgebreider wordt en moeilijk toegankelijk voor niet-ingewijden.

Lekendefinities nu zijn geen strikt individuele aangelegenheid, maar komen tot stand in de sociale omgeving waartoe de betrokkene behoort. Freidson noemt dit het 'lay-referral system'. Hij onderscheidt hierbij een cultureel- en een structureel aspect. Het cultureel aspect verwijst naar de inhoud van lekenopvattingen en -kennis m.b.t. ziekte en gezondheid. Het structureel aspect verwijst naar de organisatie van de relaties tussen de mensen uit de sociale omgeving van de betrokkene.

Op basis van een combinatie van deze culturele en structurele kenmerken komt Freidson tot een typologie van lay referral systems:

- een eerste type wordt gekenmerkt door een lekencultuur die sterk afwijkt van de professionele cultuur m.b.t. ziekte en gezondheid, en door een sterke cohesie tussen de leden van het lay referral systeem;
- een tweede type wordt eveneens gekenmerkt door een sterk van de professionele cultuur afwijkende lekenkennis en -opvattingen, maar anderzijds door een geringe sociale cohesie;
- een derde type wordt gekenmerkt door een sterke gelijkheid tussen leken- en professionele cultuur, en door een sterke cohesie;
- een vierde type tenslotte wordt gekenmerkt door een sterke gelijkheid tussen leken- en professionele cultuur, en door een geringe cohesie.

Medische consumptie nu wordt gezien als het professioneel of officieel gewenst eindpunt van een sociaal proces waarbij iemand er toe komt medische voorzieningen te consumeren nadat hij tot de overtuiging is gekomen ziek te zijn. In functie van het type lay referral system besluit Freidson tot verschillen in voorspelbare consumptieniveaus (schema) :

Schema: Voorspellingen m.b.t. consumptieniveau in functie van het type lay referral systeem.

leken-structuur	lekencultuur	
	conform met professionele cultuur	niet conform met professionele cultuur
los, beperkt hecht, uitgebreid	gemiddelde tot hoge consumptie hoogste consumptie	gemiddelde tot lage consumptie laagste consumptie

Deze zeer algemene conclusies worden verder gemodificeerd aan de hand van de reeds vroeger vermelde criteria: toegeschreven ernst, legitimiteit en verantwoordelijkheid.

6. De sociale organisatie van ziekte (1).

Tenslotte wil Freidson aantonen hoe - eens men beroep heeft gedaan op een professional - deze professie haar organisatie oplegt aan de ervaring en manifestatie van ziekte.

In de moderne post-industriële samenleving zijn er sociale klassen van mensen - de professies - die zich hoofdzakelijk bezighouden met het creëren van kennis, wetten

(1) E. FREIDSON, o.c., p. 302-331.

en morele principes en met de toepassing ervan op concrete gevallen. Op die manier maken zij deel uit van de officiële orde en zijn ze sociale controle-agenten. Gezien deze officiële status der professies, wordt het geen met de leek gebeurt - in casu: of hij wel of niet als ziek wordt beschouwd, hoe de ziekte wordt genoemd, welke behandeling er wordt gegeven, hoe de betrokkene zich moet gedragen ... - functie van een professionele, eerder dan van een lekenbeslissing.

De rol van de leek is dus beperkt tot een keuze tussen verschillende soorten hulpverleners. Freidson onderscheidt twee types, nl. de cliënt-gebonden- en de collega-gebonden praktijken. De eerste zijn afhankelijk van de keuze van de cliënten en bevinden zich op het raakvlak tussen het lekensysteem en het professioneel systeem; de tweede daarentegen zijn afhankelijk van de verwijzingen door collega's.

Tenslotte beschrijft Freidson de taak van de arts tijdens de consultatie, nl. het vaststellen van wat er werkelijk verkeerd is met de patiënt, en het doen opvolgen van zijn advies door de patiënt. Hij beschrijft een aantal elementen die in deze processen van diagnose en therapie zijn betrokken, dit zowel in de context van ambulante-, als in het kader van geïnstitutionaliseerde zorg. Freidson identificeert verschillende patronen van interactie tussen arts en patiënt, naargelang de relatieve activiteit, resp. passiviteit van elke partij.

C. DINGWALL: ASPECTS OF ILLNESS (1976).

1. De beperkingen der klassieke benaderingswijzen (1).

Dingwall wil zich met zijn werk duidelijk afzetten tegen de verwarring tussen de sociologische vraag naar het waarom van verschillende vormen van ziektegedrag enerzijds, en het sociaal probleem waarom mensen al of niet - op de juiste manier - consumeren anderzijds.

Het klassiek onderzoek naar ziektegedrag is zijns inziens gekenmerkt door scientisme. Hieronder verstaat hij:

- dat de methodologische principes der natuurwetenschappen probleemloos worden overgenomen;
- dat de opzet van sociaal-wetenschappelijk onderzoek is te komen tot wetten te vergelijken met deze uit de natuurwetenschappen;
- dat sociologie-beoefening een inherent neutrale bezigheid is.

Dingwall is van mening dat hiermee geen recht wordt gedaan aan de eigen aard van de sociale werkelijkheid, waarbij de intenties van de betrokkenen niet over het hoofd kunnen gezien worden. Vandaar zijn aandacht voor betekenissystemen (cfr. infra).

Toegepast op het merendeel van het onderzoek naar ziektegedrag betekent dit dat deze klassieke benaderingswijzen niet in staat zijn om ons te informeren over de echte aard van menselijk - in casu - ziektegedrag. Dit juist omdat ofwel geen aandacht wordt besteed aan lekenconcepties m.b.t. ziekte, dan wel omdat ze als niet rationeel worden bestempeld. Inderdaad gaat het merendeel

(1) R. DINGWALL, Aspects of Illness, London, 1976, p. 1-25.

van dit soort onderzoek uit van medische definities over de aard en de ernst van aandoeningen. Dit laatste vindt zijn verklaring enerzijds in de praktische, humane bekommernis van de betrokken onderzoekers, anderzijds in het feit dat dit dikwijls de enige mogelijkheid is om door medici aanvaard te worden.

2. Kritiek op de visie van Freidson.

Dingwall vat zijn studie aan met een bespreking van de pogingen van andere auteurs om te breken met de voorgaande traditie (1). Hierbij besteedt hij vooral aandacht aan Freidson's bijdrage (2). Zijn kritiek op Freidson loopt in sterke mate parallel met de algemene kritiek van de fenomenologie op de labelingbenadering van deviantie (cfr. supra, afd. I, hoofdstuk 2, paragraaf 2 B).

Primo wordt Freidson ambivalentie verweten wat betreft zijn conceptie van de sociale structuur en meer in het bijzonder m.b.t. zijn conceptualiseren van de zieke-rol en het lekennetwerk. Hij zou deze sociale structuur nu eens beschouwen als het resultaat van sociale interactie, dan weer als het resultaat van internalisering van een 'externe' cultuur. Als ethnomethodoloog wil Dingwall daarentegen zijn 'sociaal structuur'-concept baseren op een ontwikkelingsnotie. Bijgevolg kunnen elementen zoals de zieke-rol en het lekennetwerk niet losgedacht worden van het interpretatief werk van de zieke en de andere betrokkenen. Deze moeilijkheden hebben deels te maken met een tweede probleem dat Dingwall onderkent in het werk van Freidson. Alhoewel deze laatste erkent dat er naast de professionele medische

(1) R. DINGWALL, O.C., p. 26-42.

(2) IBID., p. 30-42.

kennis ook lekenkennis bestaat, lijkt hij anderzijds toch overtuigd te zijn van de superioriteit der professionele kennis. Net als het symbolisch interactionisme in het algemeen t.a.v. afwijkend gedrag veel aandacht besteedt aan de definities van officials, gebeurt dit ook bij Freidsons specifieke toepassing op het vlak van ziekte.

3. Medische kennis: wetenschappelijke- en lekentheorie- en (1).

Vervolgens besteedt Dingwall uitgebreid aandacht aan de statusverschillen tussen wetenschappelijke- en leken-theorieën. Dit laat hem meteen toe nauwkeuriger te bepalen wat onder 'ziekte' moet verstaan worden.

Volgens Dingwall mag ziekte niet geconcipieerd worden als één of andere concrete realiteit, maar als een term die van toepassing is op welomschreven gebeurtenissen, onder te specificeren omstandigheden. Deze gebeurtenissen worden als ongewenst beschouwd en vereisen derhalve één of andere remedie. Ziekte kan in twee verschillende theoretische systemen worden ondergebracht. In het ene geval wordt het geconcipieerd als een biologische discontinuïteit; in het andere geval als een gedragscontinuïteit. Hiermee belanden we terug bij het reeds in de algemene inleiding gemaakte onderscheid tussen 'disease' als een afwijking in de structuur en/of het functioneren van het biologisch organisme, en 'illness' als een vorm van afwijkend gedrag. Alhoewel alleen de tweede benadering op het eerste zicht recht doet aan de sociale aspecten van ziekte, verwerpt Dingwall zowel de ene als de andere. Zijn argumentatie hierbij is dat beide theorieën en de westerse geneeskunde beschouwen als de enige gel-

(1) R. DINGWALL, o.c., p. 43-60.

dige kennis m.b.t. ziekte en gezondheid, en bijgevolg le-
kentheorieën discrediteren (1). Nochtans zijn het precies
deze le kentheorieën die leiden tot de identificatie van
bepaalde fenomenen als ziekte, en bijgevolg ook tot even-
tueel ziektegedrag. Dingwalls standpunt is dan ook dat
alle theorieën - zowel die van leken, als die van profes-
sionals - eenzelfde epistemologische waarde hebben (2).
Het gevolg hiervan is dat elke vorm van gedrag dat ka-
dert binnen een bepaalde theorie, als rationeel dient be-

(1) Enkele kritische kanttekeningen bij Dingwalls visie
verdienen wellicht toch enige aandacht. Zoals reeds
gezegd verwerpt hij zowel de conceptualisering van
ziekte als een biologische discontinuïteit, als de
conceptie van ziekte als een gedragscontinuïteit. In
zijn argumentering terzake richt hij zijn kritiek
heel in het bijzonder op het werk van Engel, waarvan
hij vroeger reeds vermeldde dat deze een der grond-
leggers is geweest van de systeembenadering toege-
past op het terrein van ziekte en gezondheid (sgedrag).
Dit betekent dus dat Dingwall zijn kritiek richt op
een benadering waarbij gepoogd wordt beide voornoemde
discontinuïteiten in één model te verenigen. Hierbij
kunnen twee bedenkingen gemaakt worden. Niet alleen
wordt hiermee het kind met het badwater weggegooid,
maar vooral blijken Dingwalls punten van kritiek
deels gebaseerd op een eenzijdige interpretatie van de
systeembenadering. Weliswaar kan de systeemtheorie
meestal wel verweten worden dat haar conceptualiserin-
gen vaak letterlijk-concreet bedoeld zijn, maar hier-
voor een verklaring zoeken in het werk van Parsons is
beslist niet terecht (cfr. supra, hoofdstuk 1).
Dingwall verwijt de systeemtheoretische benadering
eveneens dat zij het perceptie- en interpretatiewerk
van participanten buiten beschouwing laten. Uit onze
vroegere toelichtingen bij de systeemtheorie is echter
duidelijk aangetoond dat de recentere ontwikkelingen
menselijk gedrag als symbolisch interpreteren. Toege-
past op dit studieterrein wordt ziekte dan ook gecon-
ceptualiseerd als 'gepercipiëerde morbiditeit' (cfr.
supra, hoofdstuk 1).

(2) Dingwall gaat ook in op het veel gehoorde argumen-
ten voordele van wetenschappelijke theorieën, name-
lijk dat deze laatste tenslotte bewezen hebben effi-
cient te zijn. Hiertegenover stelt hij dat ook deze
evaluatie gebaseerd is op waardeoordelen die varia-
bel zijn naargelang de culturele context.

schouwd te worden in dat bepaalde framework. Voor een socioloog zijn alle theorieën even geldig. Dingwall conceptualiseert m.a.w. sociale actie als iets wat geproduceerd en zinvol wordt gemaakt door het steunen op de daagelijkse kennis der sociale structuur. Deze theorieën vormen voor hem de zgn. 'ethnosociologie'.

4. Dingwalls conceptualisering van ziekte (1).

Dingwalls model gaat er dus van uit dat biologische gebeurtenissen niet intrinsiek betekenisvol zijn, maar dat ze moeten cognitief georganiseerd worden vooraleer ze relevant zijn voor sociale actie (2). Een sociologische analyse van ziekte moet dus rekening houden met de opvattingen die mensen erover hebben.

'Ziekte' is een verandering in de zijnstoestand van een actor, die als discontinu wordt gezien met zijn gewone zijnstoestand. Tegenover 'ziekte' worden de noties van 'welzijn', 'gezondheid' en 'normaliteit' geplaatst.

'Normaliteit' is geen essentiële, inherente kwaliteit van het handelen. Dingwall beschouwt het daarentegen als een morele conditie. Toegepast op gezondheid betekent dit in de eerste plaats dat gezondheid gerelateerd is aan wat de leden van een gemeenschap beschouwen als normale lichaamsfuncties. Leken theorieën zijn hier dus duidelijk erg relevant. De hierbij gehanteerde criteria zijn variabel o.m. in functie van de cultuurgroep en leeftijd. Op de tweede plaats is gezondheid afhankelijk van de beschikbare middelen om de gezondheidskennis om

(1) R. DINGWALL, o.c., p. 61-95.

(2) Biologische gebeurtenissen kunnen wel beperkingen opleggen aan het menselijk gedrag, maar de betekenis en het belang van deze beperkingen zijn cognitieve fenomenen.

te zetten in gezond gedrag. Deze middelen zijn zowel financieel, als materieel en lichamelijk van aard. De beschikbaarheid van deze middelen wordt mede bepaald door allerlei materiële omstandigheden (1).

Eén van deze middelen is de motivatie. Dingwall besteedt hieraan afzonderlijke aandacht omdat hiermee duidelijk wordt gemaakt dat gezondheid niet alleen gerelateerd moet worden aan 'beschrijvende' lekentheorieën, maar ook aan 'voorschrijvende' theorieën. Alleen aan het gedrag van personen kan ook een moreel karakter worden toegeschreven. M.a.w. elke sociale orde is ook een morele orde en sociale actoren zijn morele actoren. Gezondheid is dus, net als elke andere sociale activiteit, een morele categorie.

Vervolgens gaat Dingwall in op de discussie of ziekte een vorm is van afwijkend gedrag. Deviantie definieert hij als elke schending van normen en regels die geldig zijn in een bepaalde gemeenschap, en waarvoor geen verontschuldigingde omstandigheden aanwezig zijn. Juist de toevoeging van deze laatste voorwaarde maakt dat niet alleen zonde en misdaad, maar eveneens ziekte een vorm is van afwijkend gedrag. Gaat het om bewust, intentioneel gedrag, dan zal ter sociale controle vooral naar één of andere vorm van straf gegrepen worden. Ziekte is evenwel een vorm van afwijkend gedrag waarvoor de betrokkenen slechts zelden verantwoordelijk worden gesteld, zodat eerder tot één of andere vorm van behandeling dan tot straf zal overgegaan worden. Tenslotte bespreekt Dingwall de twee belangrijkste controle-instanties in geval van ziekte, nl. het gezin en het ziekenhuis.

(1) Dit mag niet deterministisch worden geïnterpreteerd; de beïnvloeding tussen kennis en materiële omstandigheden is wederzijds.

5. Een tentatief model voor de studie van ziekte als een vorm van sociale actie (1).

De relatie tussen de lichaamsfuncties en onze kennis en bewustzijn ervan, is normaliter in een soort evenwicht waardoor we ons lichaam als een vanzelfsprekendheid ervaren. Doorgaans hebben onze fysische functies m.a.w. geen problematisch karakter. Toch kan dit evenwicht verstoord worden en Dingwall analyseert de oorzaken hiervan in het licht van veranderende relevantiestructuren.

Zo kan iemands kennis veranderen (verfijnen, verruimd worden of in twijfel getrokken), maar waarschijnlijk meer voorkomend zijn abnormale biologische veranderingen. Tengevolge van dergelijke veranderingen wordt het voornoemde evenwicht verstoord. Deze problematische ervaring wordt door de betrokkene geïnterpreteerd (eventueel na een periode van uitstel). Na deze interpretatie of m.a.w. identificatie van het probleem in het licht van de beschikbare kennis van de betrokkene, volgt meestal al één of andere vorm van actie om het evenwicht te herstellen. Na evaluatie van de resultaten hiervan, kan een niet succesvolle actie leiden tot een herhaling van het beschreven circuit.

Hierbij moet opgemerkt worden dat het bereiken van een nieuw evenwicht niet noodzakelijk een terugkeer impliceert naar de oude toestand. Het is evenzeer mogelijk dat de betrokkene komt tot nieuwe evaluatiecriteria waarmee gezondheid wordt beoordeeld.

In dit hele proces, gaande van interpretatie tot actie, mag de rol van anderen - d.i. niet professionals - niet over het hoofd gezien worden. Zij kunnen op basis van

(1) R. DINGWALL, O.C., p. 96-129.

hun kennis van oordeel zijn dat er iets abnormaals aan de hand is en de betrokkene tot actie aanzetten. Hun invloed daarbij hangt af van hun positie, met name in hun relatie tot de betrokkene. Ook kan de betrokkene zelf aan anderen om advies of om hulp vragen.

Ter illustratie van zijn zienswijze geeft Dingwall tenslotte een aantal voorbeelden. Omdat er eigenlijk nauwelijks geschikt materiaal is, doet hij dit op basis van materiaal ingezameld in andere contexten.

6. Concluesies (1) en commentaar.

In zijn conclusies benadrukt Dingwall nogmaals het belang van de studie van lekentheorieën. Eén methode om dergelijke cognitieve systemen systematisch te beschrijven is de zogenaamde componentiële analyse. Dit is een sterk geformaliseerde methode om op een verifieerbare en niet intuïtieve manier geobserveerde en aan het licht gebrachte gebeurtenissen te ordenen in overeenstemming met de classificatieprincipes van de mensen die bestudeerd worden.

Benevens het feit dat dit soort benaderingswijze ook gemakkelijk overhelst naar een absolutistische zienswijze, is Dingwalls grootste moeilijkheid met deze methode dat de relatie van de lekentheorieën tot het observeerbaar gedrag niet of nauwelijks voorwerp is van studie.

Tenslotte blijft vooral dit laatste toch hangen op een vrij abstract niveau. De voorbeelden die Dingwall zelf geeft zijn gebaseerd op anthropologisch materiaal en hebben betrekking op niet westerse samenlevingen. Hoe

(1) R. DINGWALL, O.C., p. 130-160.

één en ander zou kunnen vertaald worden in het wetenschappelijk onderzoek hier en nu blijft o.i. onduidelijk althans wat betreft de voorgestelde methode. Getuigde hiervan is trouwens ook de vaststelling dat andere onderzoekers weinig of geen inspiratie hebben gevonden in deze manier van werken. Zoals later nog zal blijken hebben de meer inhoudelijke instellingennames van Dingwall daarentegen wel degelijk repercuussies gehad.